

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA
EIXO TEMÁTICO: GESTÃO E AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

MORGANA DE FREITAS CARACIOLO

AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA
HANSENÍASE EM UM MUNICÍPIO ENDÊMICO DE PERNAMBUCO

Recife

2019

MORGANA DE FREITAS CARACIOLO

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA
HANSENÍASE EM UM MUNICÍPIO ENDÊMICO DE PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao curso de
Mestrado Profissional em Saúde Pública
do Instituto Aggeu Magalhães da
Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção
do título de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Dr.^a Sydia Rosana de Araújo Oliveira

Coorientadora: Dr.^a Louisiana Regadas de Macedo Quinino

Recife
2019

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

C257a Caraciolo, Morgana de Freitas.

Avaliação de desempenho do Programa de Controle da Hanseníase em um município endêmico de Pernambuco/ Morgana de Freitas Caraciolo. — Recife: [s.n.], 2019.

115 p.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Sydia Rosana de Araújo Oliveira; Coorientadora: Louisiana Regadas de Macedo Quinino.

1. Hanseníase. 2. Vigilância em Saúde Pública. 3. Avaliação em Saúde. 4. Integralidade em Saúde. I. Oliveira, Sydia Rosana de Araújo. II. Quinino, Louisiana Regadas de Macedo. III. Título.

CDU 616-002.73

MORGANA DE FREITAS CARACIOLO

**AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA
HANSENÍASE EM UM MUNICÍPIO ENDÊMICO DE PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao curso de
Mestrado Profissional em Saúde Pública
do Instituto Aggeu Magalhães da
Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção
do título de Mestre em Saúde Pública.

Data da aprovação: 21/03/2019

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Sydia Rosana de Araújo Oliveira
Fundação Oswaldo Cruz / Instituto Aggeu Magalhães

Prof. Dr. Eduarda Angela Pessoa Cesse
Fundação Oswaldo Cruz / Instituto Aggeu Magalhães

Prof. Dr. Maria do Socorro Machado Freire
Universidade Federal de Pernambuco / Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento
Social

Dedico este trabalho aos meus pais, Benito e Wilma, que investiram seriamente em minha educação, para que eu tivesse um futuro brilhante.

AGRADECIMENTOS

De todas as promessas que o Senhor me deu, nenhuma caiu por terra. Todas se cumpriram.

Às minhas orientadoras, Sydia e Louisiana, que confiaram no meu trabalho e comprometimento. Agradeço pela oportunidade de aproximação com a avaliação baseada em teoria e por me capacitarem escrever, com rigor científico, sobre algo que vivenciei e me questionei cotidianamente.

Ao meu ex-chefe, Alexandre Menezes, que sempre me reservou as melhores oportunidades de crescimento profissional. Agradeço por me ensinar com o bom exemplo, que gestão em saúde se faz pela sensibilidade de enxergar o invisível.

À minha chefe atual, Marília Lavocat, por entender minha condição de pesquisadora em meio a nossa intensa rotina de trabalho 24h por dia, 7 dias por semana. Agradeço pela compreensão, incentivo e amizade.

À minha turma de mestrado profissional em Saúde Pública, que foi diferenciada em entrosamento, cooperação e disponibilidade em compartilhar conhecimentos e experiências quando de minhas limitações.

Às amigas de turma especiais, Jaslene, Carol e Ana, mulheres edificantes, que me agregaram valor e alimentaram em mim o sentimento de conquista compartilhada. Juntas escreveremos artigos maravilhosos.

Ao amigo fiel, Rafael, que foi meu ponto de apoio em Pernambuco, esteve presente em todas as fases desta pesquisa e me ajudou nos momentos que mais precisei.

À minha amiga de trabalho Brasileira, Patricia Miyuki, por todo cuidado comigo, por me apontar caminhos e me mostrar que com esforço e humildade eu posso ir longe.

Ao meu avô, João Pessoa Caraciolo, que me deu a oportunidade de sair do interior de Pernambuco para estudar na capital.

À minha avó, Claudete de Freitas, que me exigiu comportamento, educação e disciplina para terminar tudo aquilo que ousei iniciar.

“Todas as vitórias ocultam uma abdicação” (Simone de Beauvoir)

CARACIOLO, Morgana de Freitas. **Avaliação de desempenho do Programa de Controle da hanseníase em um município endêmico de Pernambuco**. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2019.

RESUMO

Introdução. Ao considerar as questões complexas de natureza histórico-antropológicas e sociais da hanseníase que transcendem os aspectos biológicos, são identificadas dificuldades para incorporação das ações de vigilância epidemiológica na atenção básica. Os resultados nem sempre tem alcançado o objetivo desejado, pois questões que dependem da gestão (apoio político e estrutural) perpetuam-se como problemas. **Objetivo.** Avaliar o desempenho do Programa de Controle da hanseníase (PCH) em um município endêmico de Pernambuco, com base no Modelo de Avaliação Global e Integral de Desempenho dos Sistemas de Saúde (EGIPSS) adaptado para avaliar o PCH. **Método.** Local: Olinda-PE. Sujeitos: 406 profissionais que trabalhavam com hanseníase. Coleta de dados: Dados primários (entrevistas com questionários); e secundários (Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)). Os dados foram compilados numa Matriz de Desempenho com indicadores relacionados às funções: Adaptação, Manter valores, Atingir metas e Produção. O desempenho foi classificado de acordo com um score. Considerando o caráter dinâmico do desempenho, identificaram-se também os equilíbrios entre as funções (estratégico, alocativo, tático, operacional, legitimador e contextual), com classificação positiva ou negativa. **Resultados e discussão.** O desempenho do PCH municipal foi satisfatório (55,9%). Quando da análise por função, Adaptação (68%), Manter valores (63%) e Produção (60,0%) obtiveram desempenho satisfatório; E Atingir metas (33%), desempenho insatisfatório. Os equilíbrios operacional (7,67), alocativo (7,00) contextual (5,67) e tático (0,25) foram positivos; e o estratégico (-1,75) e o Legitimado (-1,08), negativos. Os achados mostram que fatores como cultura organizacional e a adaptação do PCH frente as necessidades da população interferiram negativamente para o alcance das metas em maior escala do que a adesão as normas preconizadas em termos de produção de ações e serviços. **Conclusão.** A avaliação mostrou ser apropriada para identificação das fortalezas e fragilidades nas diferentes funções do desempenho, proporcionando meios para melhor compreendê-lo e instituir estratégias de melhoria.

Palavras-chave: Hanseníase; Vigilância em Saúde Pública; Avaliação em Saúde; Integralidade em Saúde.

CARACIOLO, Morgana de Freitas. **Evaluation of the performance of the Health Control Program in an endemic municipality of Pernambuco**. 2019. Dissertation (Aggeu Magalhães Institute), Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2019.

ABSTRACT

Introduction. In considering the complex historical, anthropological and social aspects of leprosy that transcend biological aspects, difficulties are identified for the incorporation of epidemiological surveillance actions into primary care. The results have not always reached the desired goal, since issues that depend on management (political and structural support) perpetuate themselves as problems. **Objective.** To evaluate the performance of the Leprosy Control Program (PCH) in an endemic municipality of Pernambuco, based on the Comprehensive and Comprehensive Model of Health Systems Performance Evaluation (EGIPSS) adapted to evaluate the SHP. **Method.** Location: Olinda-PE. Subjects: 406 professionals working with leprosy. Data collection: Primary data (interviews with questionnaires); (SINAN) Data were compiled in a Performance Matrix with indicators related to the functions: Adaptation, Maintaining values, Achieving goals and Production. **Results and discussion.** The performance of the municipal SHP was satisfactory (55.9%), and the performance of the municipal SHP was satisfactory (55.9%),), While at the end of the analysis, adaptation (68%), maintaining values (63%) and production (60.0%) were satisfactory.), alocal (7.00) contextual (5,67) and tactical (0.25) were positive, and strategic (-1.75) and Legitimate (-1.08) were negative. organizational culture and the adaptation of the SHP to the needs of the population interfered negatively to reach the goals on a larger scale than adhering to the norms advocated in terms of production of actions and services. **Conclusion.** The evaluation proved to be appropriate for identifying the strengths and weaknesses in the different performance functions, providing means to better understand it and institute improvement strategies.

Keywords: Leprosy; Public Health Surveillance; Health Evaluation; Integrality in Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-	Modelo teórico do Modelo Global e Integral da Performance de Sistemas de Saúde (EGYPSS) adaptado para o Programa de Controle da hanseníase	45
Quadro 1-	Modelo lógico do Programa de Controle da Hanseníase em âmbito municipal	46
Quadro 2-	Matriz de Desempenho do Programa de Controle da Hanseníase em âmbito municipal	49
Quadro 3-	Matriz de Desempenho do Programa de Controle da Hanseníase do município de Olinda-PE, função <i>Adaptação</i>	59
Quadro 4-	Matriz de Desempenho do Programa de Controle da Hanseníase do município de Olinda-PE, função <i>Atingir metas</i>	63
Quadro 5-	Matriz de Desempenho do Programa de Controle da Hanseníase do município de Olinda-PE, função <i>Produção</i>	67
Quadro 6-	Matriz de Desempenho do Programa de Controle da Hanseníase do município de Olinda-PE, função <i>Manter valores</i>	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BGC	Bacilo Calmet Guerim
ESF	Equipes de Saúde da Família
EGYPSS	Modelo Global e Integral da Performance dos Sistemas de Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PCH	Programa de Controle da Hanseníase
PNEH	Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase
SANAR	Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas
SES/PE	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Justificativa	14
1.2	Hipótese	15
2	OBJETIVO GERAL	16
2.1	Objetivos específicos	16
3	REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO	17
3.1	Caracterização da Hanseníase: Contexto Epidemiológico e Social	17
3.2	Evolução do Controle da Hanseníase no Brasil	22
3.3	Estratégias de controle da hanseníase em Pernambuco - Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas (SANAR)	28
3.4	Avaliação de políticas e serviços de saúde	31
3.5	Avaliação de desempenho: Modelo de Avaliação Global e Integral da Performance de Sistema de Saúde (EGIPSS)	38
4	ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	41
4.1	Desenho do estudo	41
4.2	Área do estudo	42
4.3	Sujeitos do estudo	42
4.4	Estratégia de produção de dados	43
4.5	Modelo teórico do EGIPSS adaptado ao PCH e Modelo lógico do PCH	43
4.6	Plano de análise e processamento dos dados	46
4.7.1	Matriz de Desempenho	47
4.7.2	Equilíbrios dinâmicos ou alinhamentos	56
5	ASPECTOS ÉTICOS	57
6	RESULTADOS	57

6.1	Desempenho do PCH em relação à função <i>adaptação</i>	58
6.2	Desempenho do PCH em relação à função <i>atingir metas</i>	62
6.3	Desempenho do PCH em relação à função <i>produção</i>	66
6.4	Desempenho do PCH em relação à função <i>manter valores</i>	70
6.5	Equilíbrios dinâmicos ou Alinhamentos	73
7	DISCUSSÃO	74
7.1	Desempenho do PCH em relação à função <i>Adaptação</i>	76
7.2	Desempenho do PCH em relação à função <i>Atingir metas</i>	77
7.3	Desempenho do PCH em relação à função <i>Produção</i>	78
7.4	Desempenho do PCH em relação à função <i>Manter valores</i>	80
8	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	82
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
	REFERÊNCIAS	85
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	86
	APÊNDICE B – Questionário de Entrevista para coleta de dados (Atenção Básica)	88
	APÊNDICE C – Questionário de entrevista para coleta de dados (Gestão)	90
	APÊNDICE D – Instrumento Brasileiro para Avaliação da Cultura Organizacional (Adaptado)	91
	APÊNDICE E – Projeto de intervenção	93
	ANEXO A – Carta de Anuência do município de Olinda –PE	
	ANEXO B – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	96

1 INTRODUÇÃO

Ao considerar que as ações de controle da hanseníase apresentam-se influenciadas pelo processo histórico de evolução da saúde pública no País, é possível identificar, ainda hoje, processos de trabalho que apresentam características de modelos de atenção à saúde hegemônicos, a exemplo do Sanitarismo Campanhista. Este modelo estruturou por muito tempo as ações de controle de doenças infecciosas no Brasil, sendo caracterizado por ações pontuais, verticalizadas e de difícil integração entre as atividades da vigilância epidemiológica e atenção básica (PAIM, 2003; TEIXEIRA, VILASBOAS, 2014).

O controle da hanseníase, por se apresentar estrategicamente inserido no campo da atenção básica, envolve um amplo espectro de atividades que necessariamente se integram às de vigilância epidemiológica, perpassando pela busca de sintomáticos na área adscrita, acompanhamento do tratamento por longos períodos com manejo clínico adequado, controle de comunicantes, entre outros. No entanto, facilmente podem ser apontadas dificuldades para incorporação destas ações no âmbito da atenção básica, a exemplo da debilidade quantitativa e qualitativa de recursos humanos e da visão centralizada e fragmentada da organização dessas ações no sistema de saúde (PEREIRA et al., 2008; SAMPAIO, 2009).

Deriva deste contexto a persistência da hanseníase enquanto problema de saúde pública, que reza que apesar da melhoria dos indicadores operacionais nos últimos anos e redução na detecção de novos casos, ainda é possível identificar graus de endemidade muito alta em algumas regiões do país, a exemplo do Estado de Pernambuco que ocupa a 10ª colocação quanto ao coeficiente de detecção geral e a 3ª em números absolutos de casos. E com relação a população menor de 15 anos, o coeficiente de detecção classifica o Estado como hiperendêmico, colocando-o na 6ª posição em coeficiente e na 3ª em número absoluto de casos. Os casos estão distribuídos nos municípios das 12 Regionais de Saúde, entretanto 40% desses concentram-se na I Regional de Saúde (LANZA et al., 2011; LIMA et al., 2013).

Ao analisar a hanseníase enquanto área estratégica da atenção básica, a literatura considera que nem sempre a elevada adesão às normas pelos serviços de saúde se traduz em indicadores de resultado favoráveis. Tal realidade pode ser justificada uma vez que as ações de controle da hanseníase foram recentemente incorporadas à atenção básica e envolvem questões complexas de natureza histórico-

antropológicas e sociais que transcendem os aspectos biológicos. O estigma, a percepção do paciente sobre a doença, o tratamento realizado em serviços especializados até relativamente pouco tempo, entre outros, precisam ser considerados ao discutir esta problemática (CAVALCANTE et al., 2006).

Dadas estas características herdadas pelo histórico do sistema de saúde e aspectos próprios da doença, a efetivação das ações de controle da hanseníase nas áreas endêmicas, ainda se constitui um desafio. Os órgãos de saúde governamentais têm concentrado esforços no controle da detecção e assessoria técnica dirigida às regiões endêmicas. A prioridade tem sido o treinamento em serviço dos profissionais da rede de Atenção Básica à Saúde, a descentralização das ações do programa e o envolvimento dos gestores e equipes municipais de saúde no processo (OLIVEIRA et al., 2015).

Com relação a evolução da descentralização das ações, o Decreto Presidencial 7.508 de 2011 foi essencial na regulamentação, planejamento e ampliação da assistência aos portadores de hanseníase, definindo a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção e fortalecendo, desta forma, a atenção primária e suas áreas estratégicas de atuação, a exemplo da hanseníase (BRASIL, 2011).

Entretanto, apesar de todos os esforços e do aparato normativo existente, nem sempre os resultados destas ações têm alcançado o objetivo desejado. As questões que dependem da gestão, como apoio político e estrutural para desenvolvimento das ações, mais que os demais, perpetuam-se como problemas a serem enfrentados. Em consonância com tal realidade e de acordo com o que é preconizado pelo Programa de Controle da Hanseníase (PCH), considera-se a necessidade de continuidade e sustentabilidade das ações integradas (vigilância e assistência) no enfrentamento da endemia (CORREA, 2016).

De fato, para alcançar êxito em seus objetivos, qualquer intervenção em saúde coletiva necessita de mecanismos de gestão e execução apropriados. Particularmente no contexto do desempenho de programas governamentais em âmbito municipal, é possível perceber que este, esteve, por muito tempo, fortemente associado à estrutura do sistema, na qual os recursos materiais e humanos deveriam ser capazes de garantir o atendimento das necessidades (VIACAVA et al. 2012).

Numa perspectiva mais recente, observa-se uma evolução conceitual no

sentido de que tanto o arcabouço político, social e econômico como a conformação do sistema de saúde são condicionantes fundamentais que permeiam todo o funcionamento do programa e adquirem caráter contextual no processo de avaliação do desempenho. Neste sentido, é importante ressaltar a escassez de avaliações de desempenho na comunidade acadêmica que evidenciam essa discussão de acordo com as diferentes realidades encontradas.

No entanto, levar em consideração os diferentes contextos em quais se desenvolve o processo saúde-doença, justifica-se o surgimento de diferentes níveis de desempenho, o que pode ocasionar dificuldades no alcance dos resultados (LANZA et al., 2014; SAMPAIO et al., 2009). Assim sendo, este estudo preocupa-se em responder a seguinte pergunta de investigação: Qual o desempenho do Programa de Controle da hanseníase em um município endêmico de Pernambuco?

1.1 Justificativa

- a) O PCH constitui-se em um programa prioritário do governo de Pernambuco que lançou em 2011, fazendo parte do Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas (SANAR). Considerado pioneiro pelo Ministério da Saúde, Pernambuco foi o primeiro estado brasileiro a criar um programa voltado especificamente para o enfrentamento destas doenças, com o objetivo de reduzir, enquanto problema de saúde pública, doenças transmissíveis negligenciadas que apresentam indicadores inaceitáveis, como a hanseníase;
- b) A condição de descentralização das ações do PCH no contexto da Estratégia Saúde da Família, que possibilita o reconhecimento mais detalhado dos processos e dos problemas que emergem no cotidiano, bem como maior apropriação da gestão e dos profissionais que trabalham essas ações;
- c) A pertinência da avaliação de desempenho nos programas governamentais pelas necessidades atuais de acompanhamento dos municípios endêmicos para hanseníase no Estado de Pernambuco, no qual o foco é a gestão baseada em resultados;
- d) A importância de verificação do alcance dos objetivos propostos pelo PCH em município endêmico, numa perspectiva de harmonia com fatores que interferem nesse processo como adaptação as necessidades da população, produtividade

de ações e serviços e cultura organizacional do programa.

- e) A investidura, na elaboração de contribuições para o redirecionamento das atividades desenvolvidas, no sentido do contínuo aperfeiçoamento das medidas de controle e mecanismos de avaliação que serão executados a nível estadual e municipal.

Diante do exposto, faz-se oportuna uma avaliação de desempenho do Programa de Controle da Hanseníase em um município endêmico por meio de indicadores e de forma sistemática.

1.2 hipótese

O nível de desempenho do Programa de Controle da Hanseníase no município endêmico selecionado não é satisfatório.

2 OBJETIVO GERAL

Avaliar o desempenho do Programa de Controle da hanseníase em um município endêmico de Pernambuco.

2.1 Objetivos específicos

- a) Avaliar o nível de admissão das quatro funções propostas pelo modelo EGIPSS no PCH;
- b) Julgar o desempenho do PCH a partir da assunção das funções e existência dos equilíbrios;
- c) Avaliar se as relações existentes entre as funções tendem ao equilíbrio proposto para um bom desempenho, segundo o modelo EGIPSS;

3 REFERENCIAL TEÓRICO METODOLÓGICO

Nesta seção, inicialmente são apresentados o contexto epidemiológico e social da hanseníase ao longo dos anos, considerando as mudanças no decorrer do tempo e sua relação com a evolução das medidas de controle adotadas no Brasil e em Pernambuco. Em continuidade, abordou-se a caracterização dos processos avaliativos de políticas e serviços de saúde, com enfoque na avaliação de desempenho e na proposta metodológica do Modelo EGIPSS e suas especificações.

3.1 Caracterização da hanseníase: Contexto Epidemiológico e Social

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, de evolução crônica, ocasionada pelo *Mycobacterium Leprae*. Este bacilo é transmitido pelas vias aéreas superiores e o período de incubação varia de 2 a 7 anos no qual o reservatório é o homem com transmissão predominantemente domiciliar (BRASIL, 2017).

É uma doença de notificação compulsória e de investigação obrigatória em todo território nacional. Considera-se caso de hanseníase a pessoa que apresenta lesões ou áreas da pele com alteração da sensibilidade térmica e/ ou dolorosa e/ou tátil; ou espessamento de nervo periférico, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas; ou ainda a presença de bacilos *M. leprae*, confirmada na baciloscopia de esfregaço intradérmico ou na biopsia de pele (BRASIL, 2016).

Em virtude de não existir proteção específica para a hanseníase, as ações a serem desenvolvidas para a redução da carga da doença abrangem as atividades de Educação em saúde, investigação epidemiológica para o diagnóstico oportuno de casos; Tratamento até a cura; Prevenção e tratamento de incapacidades; Vigilância epidemiológica com Exame de contatos e orientações para aplicação de vacina contra o Bacilo de Calmette-Guérin (BCG) (BRASIL, 2016).

Desta forma, a hanseníase é considerada uma doença negligenciada no mundo. O termo foi proposto na década de 1970 e denominou doenças associadas à pobreza, sem interesse para a indústria farmacêutica global, ocasionadas pelas desigualdades socioeconômicas e também mantenedoras dessas desigualdades. Tal realidade pode ser melhor compreendida ao analisar a distribuição espacial da hanseníase, que é mais frequente onde predominam os países mais pobres e em desenvolvimento (PINHEIRO, 2007).

No Brasil, o quadro das doenças negligenciadas está associado a métodos diagnósticos insuficientes, ausência de vacinas, pequeno arsenal terapêutico, frágeis linhas de cuidado na atenção básica e dificuldade de acesso a dispositivos terapêuticos já existentes. De acordo com critérios de relevância econômica e epidemiológica, a hanseníase ocupa lugar de destaque em relação às doenças negligenciadas para o governo Brasileiro (GARCIA et al., 2011).

Estes fatores apontam para o fato de que embora seja causada por um agente infeccioso, a hanseníase não se desenvolve de modo linear, numa relação de causa e efeito. Trata-se de um processo de adoecimento relacionado à uma série de fatores físicos, individuais, socioeconômicos, culturais e psíquicos e por isso é importante levar em consideração a determinação social da saúde como parte importante no processo de adoecimento pela hanseníase. (LOPES; RANGEL, 2014).

Ao descrever o cenário epidemiológico no Brasil, dados do último relatório epidemiológico da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a doença, em 2014, apontam que o país registrou 31.064 casos novos, cerca de 17% a menos que em 2009. Do total observado em 2014, 65,9% foram classificados como multibacilares. É possível também identificar que em torno de 55% dos indivíduos acometidos foram do sexo masculino, além de atingir a faixa etária economicamente ativa (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

Em continuidade, no ano de 2015, o número de casos novos detectados em todo o mundo foi de 210.758. Neste ano, o Brasil ocupou a segunda posição em número de casos novos de hanseníase, com 28.761, correspondendo a 13,6% do número de casos novos no mundo. A primeira posição ficou com a Índia (127.326 casos novos) (BRASIL, 2017).

Diante deste cenário, um indicador importante a ser analisado é o Coeficiente de Detecção Geral ou Taxa de incidência da hanseníase, que permite estimar o risco para a ocorrência de novos casos num determinado local e período (BRASIL, 2015). No Brasil, em 2015, a taxa de detecção foi de 14,07/100.000 hab., o que corresponde a um padrão alto de endemicidade de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde.

Ao longo dos anos, as taxas de detecção do Brasil apresentam tendência de redução, de modo que entre 2006 e 2015 essa redução correspondeu a 39,8%. No entanto, as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste ainda permanecem com um

padrão alto de endemicidade, apresentando, respectivamente, taxas de 29,65/100.000 hab., 22,72/100.000 hab. e 44,30/100.000 hab (BRASIL, 2017).

Além da detecção geral, a taxa de detecção em menores de 15 anos consiste em um indicador importante, indicando focos de infecção ativos e transmissão recente. Em 2015, essa taxa foi de 4,46/100.000 hab., o que corresponde a 2.113 casos novos nesta faixa etária e consiste também em parâmetro alto de endemicidade. No país, nos últimos 10 anos, a redução deste indicador foi de 28,3% (BRASIL, 2017). Ao analisar o período de 2001 a 2016, tem-se que a média da taxa de detecção foi de 5,77 por 100 mil habitantes e Pernambuco esteve entre as unidades federadas que mantiveram média hiperendêmica com tendência estacionária (SCHNEIDER; FREITAS, 2018).

Em relação a magnitude e carga da doença, tem-se o coeficiente de prevalência. Este indicador, quando analisado em séries históricas, é utilizado para monitoramento do progresso da eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública (BRASIL, 2015). Ao longo dos últimos anos, este coeficiente vem apresentando uma redução significativa no Brasil, de 2,37 por 10 mil habitantes em 2006 para 1,42 em 2013. Isso decorre da diminuição de casos novos, de modo mais acentuado a partir de 2003 (BRASIL, 2013).

Entre os indicadores operacionais que avaliam a qualidade dos serviços prestados aos pacientes, tem-se o percentual de contatos examinados dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes, que no Brasil, em 2015, foi de 78,2% e cuja meta para este indicador ser considerado bom é maior ou igual a 90% de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017).

Com relação ao percentual de cura dos casos novos, que reflete eficiência de ações de busca ativa e gestão do paciente, O Ministério da Saúde também recomenda percentual maior ou igual a 90%. No Brasil, em 2015, este indicador ficou abaixo do recomendado, atingindo 83,5% (BRASIL, 2017).

Outro importante indicador é a taxa de grau II de incapacidade física, que sinaliza a condição de acesso ao diagnóstico precoce da doença, avalia as deformidades causadas pela hanseníase na população geral e, utilizada em conjunto com a taxa de detecção, proporciona o monitoramento da tendência de detecção precoce de casos novos de hanseníase. Em 2015, 1.880 casos novos foram diagnosticados com grau II de incapacidade física no Brasil, o que corresponde a

0,92/100.000 hab. (BRASIL, 2017).

Estes valores apresentam-se elevados quando comparados com a detecção geral neste ano (14,7/100.000 hab.), correspondendo a um percentual de 15% dos casos de hanseníase com grau II de incapacidade física no momento do diagnóstico entre os casos novos detectados e avaliados no ano. A meta recomendada pelo MS para este percentual é menor que 10% (BRASIL, 2017).

Por fim, é possível caracterizar a hanseníase no Brasil com relação ao critério de raça/cor. Em 2015, a taxa de detecção de casos novos de hanseníase por raça na população de cor preta e parda foi de 18,95/100.000 hab. e 18,09/100.000 hab., respectivamente, correspondendo a 20.139 casos novos, enquanto que para a população geral do país foi de 14,07/100.000 hab. (28.761 casos novos). Essas taxas correspondem ao parâmetro alto de endemicidade na população de cor preta e de cor parda, e a proporção de casos novos diagnosticados nesta parcela da população foi de 70% (BRASIL, 2017).

Diante do exposto, é necessário trazer a discussão, as considerações sobre a eliminação da hanseníase no mundo, mesmo alguns países, como o Brasil, apresentando cenários de persistência desta doença. Apesar da melhoria dos indicadores operacionais nos últimos anos e redução na detecção de novos casos, é possível identificar que a tendência nacional de diminuição da prevalência não foi observada em todas as regiões brasileiras. As regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste apresentaram coeficiente de prevalência acima da média nacional no ano de 2015 e explicam a carga endêmica do país (RIBEIRO; SILVA; OLIVEIRA, 2018).

O debate em torno da eliminação da hanseníase teve início em 1991, com o sucesso da poliquimioterapia no tratamento dos doentes, quando na Assembleia Mundial da Saúde, estabeleceu-se como meta a eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública até o ano 2000, o que significaria uma redução da prevalência global da doença para menos de 1 caso por 10.000 habitantes (ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE, 1991). De fato, houve um importante decréscimo ao longo dos últimos anos neste indicador em todo mundo. Segundo dados da OMS, a prevalência global da hanseníase sofreu uma redução de cerca de 5 milhões de casos na década de 80 para menos de 200 mil casos em 2015 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

Assim, esperava-se que a queda da prevalência ocasionasse um impacto

positivo na redução da transmissibilidade da doença, contudo, não foi o que aconteceu. A proporção global de casos multibacilares, permaneceu alta (60%), refletindo a presença de casos avançados, bem como a manutenção da magnitude da infecção no mundo (LOCKWOOD, 2005; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

O Brasil, neste cenário, possuía em 2007 a maior carga da doença entre os países latino-americanos e caribenhos, sendo responsável por 93% dos novos casos e o único das Américas a não alcançar a meta proposta pela Assembleia Mundial da Saúde em 2014 (ORGANIZAÇÃO PANAMERICA DE SAÚDE, 2013).

Entre as unidades federativas do Brasil, de 2007 a 2011, apenas Pernambuco apresentou um incremento na detecção, observada particularmente a partir de 2009 (BRASIL, 2015). Em 2013, Pernambuco registrou um total de 2.593 casos novos de hanseníase, onde cerca de 51% eram multibacilares e 52% do sexo feminino (BRASIL, 2014). Neste mesmo ano, o coeficiente de prevalência da hanseníase no estado foi de 2,79 por 10 mil habitantes, muito acima do observado para o país que foi de 1,42 por 10 mil (BRASIL, 2013; 2014).

Assim sendo, atualmente o Estado ocupa a 10ª colocação no país quanto ao coeficiente de detecção geral e a 3ª em números absolutos de casos. E com relação a população menor de 15 anos, o coeficiente de detecção classifica o Estado como hiperendêmico, colocando-o na 6ª posição em coeficiente e na 3ª em número absoluto de casos. Os casos estão distribuídos nos municípios das 12 Regionais de Saúde, entretanto 40% desses concentram-se na I Regional de Saúde (PERNAMBUCO, 2014). Por outro lado, o percentual de cura dos casos novos, principal indicador de avaliação da qualidade de atenção, numa série histórica de 2001 a 2012, apresentou uma importante evolução em Pernambuco. Em 2003, este percentual encontrava-se no patamar de 55%, enquanto que, em 2012, ele atingiu 83% (BRASIL, 2013b).

É importante também destacar que a distribuição espacial da doença no Brasil permanece a mesma durante as últimas décadas, com presença de clusters em áreas críticas, fator importante na manutenção da transmissão da doença no país (LOPES; RANGEL, 2014; VIERA et al., 2014).

Diante do exposto, os achados epidemiológicos corroboram o caráter social da hanseníase com identificação de importantes barreiras econômicas e culturais atreladas às dificuldades de efetivação do seu controle. A doença apresenta sua

dinâmica epidemiológica, necessitando de uma maior compreensão da sua tendência, espacialização e definição de áreas de maior risco para a ocorrência da doença. Ao localizar as áreas de maior risco, os gestores podem direcionar as ações do programa de controle da doença para as áreas em que a transmissão é maior, em espaços geograficamente contínuos e com maiores chances de se obter resultados epidemiológicos mais significativos (DAXBACHER; FERREIRA, 2014).

3.2 Evolução do Controle da Hanseníase no Brasil

As ações de controle da hanseníase no Brasil datam do século XVIII, com o crescimento da endemia em algumas colônias das grandes cidades. É possível identificar nesta época adoção de medidas por parte de entidades filantrópicas, com destaque para a Santa Casa de Misericórdia pelo papel exercido de assistência e cuidados paliativos juntamente aos doentes. Por parte das autoridades coloniais, observou-se a organização das sociedades Protetoras dos Lázarus que posteriormente vieram a constituir hospitais de hanseníase, já no final deste século e início do século XIX, que eram caracterizados por discriminação, isolamento e perseguição das pessoas acometidas por esta doença (MACIEL, 2007; CABRAL, 2013).

É importante ressaltar que a medicina no Brasil nesta época constituiu-se a partir da fusão de várias formas de medicina, inclusive para o caso da hanseníase. Muitas foram as tentativas de cura da doença através das plantas medicinais, banhos com águas termais, banhos de lama, sangrias, choques elétricos, alimentação específica e até picadas de cobras. No entanto, não havia no Brasil, como se vê, uma normatização quanto ao tratamento e conduta em relação aos hansenianos. Apesar da existência de um grande número de médicos pesquisadores da doença, pouco se avançava em termos de profilaxia (MARZLIAK et al., 2008).

A partir do final do século XIX, as legislações brasileiras passaram a contemplar as questões mais sérias da saúde como um problema de ordem social, que deveriam sofrer a interferência do governo para a sua resolução. Para tanto, foram criados os Conselhos, Inspetorias, Diretorias e Serviços de Saúde Pública, que tinham a incumbência de fazer recomendações, regulamentos e ordens, além de promover a vigilância sanitária e manter um serviço de notificações e de estatística. Enquanto isso, na Europa, a hanseníase havia praticamente desaparecido com a descoberta do

bacilo e a interrupção da transmissão da doença (CUNHA, 2012; MARZLIAK et al., 2008).

Até o começo do século XX, a hanseníase era endêmica na maioria das regiões brasileiras, porque se alastrava de forma progressiva e estava fora de controle. As condições de vida da população também favoreciam esse quadro. Da mesma forma, o atraso da medicina colaborou para que a situação chegasse a um ponto crítico. Em 1904 entrava em vigor o Regulamento Sanitário da União, determinando que a hanseníase, além de ser uma doença de notificação compulsória, colocava os doentes sob o domínio do poder público. As ações de controle no Brasil voltadas para hanseníase ainda eram caracterizadas pela falta de vontade política e pelo desinteresse de algumas autoridades estatais na liberação de recursos para providências simples (MARCIEL; FERREIRA, 2014).

Em 1903, quando Oswaldo Cruz assumiu a então Diretoria Geral de Saúde Pública, a hanseníase passou a ter maior atenção do poder público, e fazer parte dos programas governamentais de combate às doenças transmissíveis. Foi nesta época que o governo passou a controlar a endemia através de isolamento compulsório dos doentes em asilos-colônia, o que na época era considerado a única forma para o enfrentamento da doença. Houve desta maneira, um crescimento do número de construções de asilos nas cidades. Assim sendo, toda pessoa com diagnóstico de hanseníase era imediatamente levada para um dos asilos, de onde somente poderia sair com alta concedida pelo serviço médico oficial, o qual tinha a decisão sobre a vida destes enfermos (CUNHA, 2012).

É importante, no entanto, ressaltar que, embora a política governamental de isolamento estivesse pautada no conhecimento científico da época, esta medida refletia também os interesses das classes dominantes em limpar os espaços urbanos e comprometer-se com uma força de trabalho produtiva frente às necessidades de progresso econômico da época (BENCHIMOL, 1992).

Na década de 30, surgiram iniciativas de profilaxia por meios de serviços centralizados e uniformizados, a exemplo da Inspeção de Profilaxia da Lepra, sob a justificativa de necessidade para o controle da doença. Em 1935, a citada Inspeção foi desligada do Serviço Sanitário, surgindo então o Departamento de Profilaxia da Lepra, que apesar de subordinado à Secretaria da Educação e Saúde Pública tinha poder total e absoluto frente à situação (BENCHIMOL, 1992).

Somente na década de 50, no VI Congresso Internacional de Leprologia em Madrid, foram traçadas novas diretrizes para as ações de controle da hanseníase por meio do tratamento ambulatorial, internação seletiva, estímulo à pesquisa e assistência social aos doentes e familiares. Apesar das dificuldades de aceitação e resistência por parte da população e até mesmo dos profissionais de saúde, o Brasil deu início à implementação do tratamento ambulatorial através de um programa verticalizado (MARZLIAK et al., 2008).

As mudanças governamentais foram implementadas paulatinamente até a abolição do isolamento compulsório em 1962. Neste contexto, pela amplitude das atividades, foi necessária a criação de coordenadorias nos hospitais voltadas para atividades de saúde mental. Foi quando a então lepra deixou de ser gerenciada por um único órgão de poder absoluto e passou a ser objeto de atenção de diversas instâncias (CUNHA, 2012).

Em continuidade, o final dos anos 1960 e os primeiros anos de 1970 têm importância ímpar na história da hanseníase, uma vez que os internados compulsoriamente nestes asilos- colônia passaram a ter a prerrogativa de deixar a instituição para fazer o tratamento ambulatorial nos hospitais da rede. No entanto, muitos escolheram permanecer, por terem perdido o convívio social e familiar devido ao isolamento (VELOSO; ANDRADE, 2002).

Com relação à substituição da palavra lepra por hanseníase, no intuito de minimizar os efeitos do estigma que tão fortemente acompanhava os doentes e o tratamento, somente foi determinado através de portaria específica em 1976. A partir de então, várias Secretarias de Saúde e escolas médicas do país adotaram a nova nomenclatura (CUNHA, 2012).

Contudo, a situação de preconceito e reinserção social do paciente não mudou, pois tal medida não se fez acompanhar por ações sociais e governamentais contundentes para as atividades de controle e tratamento, com estrutura de serviços eficientes e preparados para absorver a nova demanda. Somente em 1995 é que a nova nomenclatura se torna oficial na administração pública por lei assinada pelo Presidente da República Fernando Henrique Cardoso e pelo então Ministro da Saúde Prof. Dr. Adib Jatene (CUNHA, 2012).

Nesse espaço de tempo constatou-se que pouca coisa mudou com a proposta da nova nomenclatura. Assim também pouco aconteceu com a recomendação de

reestruturação dos hospitais-colônia que não foi implantada, e deu margem a propostas autoritárias de desativação dos mesmos. A Hanseníase passou então a ser gerenciada como Programa (responsável pelas ações de controle) e como Divisão Técnica (responsável pela Vigilância Epidemiológica) na nova estrutura do Centro de Vigilância Epidemiológica (CUNHA, 2012).

Na década de 80, um dos marcos importantes na evolução da assistência prestada aos acometidos pela hanseníase, foi a fundação do Movimento de Reintegração do Hanseniano (MORHAN), juntamente com familiares e profissionais envolvidos, que tem por finalidade a luta pela reintegração social da pessoa atingida pela hanseníase. Este período deu início a uma nova fase de ação governamental, em que técnicos das instituições se comprometeram com as necessidades dos pacientes, em conjunto com o MORHAN, assumindo as suas reivindicações, dentre elas, a de reestruturação dos hospitais-colônia do país (MARCIEL; FERREIRA, 2014).

Em decorrência do sucesso obtido na poliquimioterapia introduzida pela OMS a partir de 1982, começou-se a pensar sobre a possibilidade de eliminação da doença de modo que, em 1991, na Assembleia Mundial da Saúde, estabeleceu-se como meta para o Brasil, a eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública até o ano 2000, o que significaria uma redução da prevalência global da doença para menos de 1 caso por 10.000 habitantes (ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE, 1991). A partir de então, é possível identificar no Brasil a elaboração de planos e programas de controle e eliminação da hanseníase, de acordo com revisão de estratégias e metas ao longo dos anos (MARCIEL; FERREIRA, 2014).

Assim sendo, O Programa de Controle da Hanseníase (PCH) do Ministério da Saúde desde o princípio desenvolveu uma série de ações que objetivavam orientar as atividades práticas nos serviços de saúde de diferentes complexidades e em todas as instâncias. Em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o PCH contribuiu para o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica da doença, promoção da saúde e assistência integral aos pacientes (BRASIL, 2012).

A Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (CGPNCH), atualmente, está vinculada ao Departamento de Vigilância Epidemiológica. Atua de modo integrado com outras áreas técnicas tanto do Ministério da Saúde e de outros órgãos do governo quanto organizações não governamentais nacionais e internacionais e estabelece também parcerias com instituições de ensino

e pesquisa e conta com representantes sociais e usuários do SUS (BRASIL, 2012).

Desta forma, o PCH estrutura-se em cinco eixos que direcionam o planejamento, monitoramento e avaliação das ações de controle da doença. São eles: Vigilância Epidemiológica; Atenção integral; Comunicação e Educação; e Pesquisa. A missão do Programa consiste em promover a vigilância e a atenção integral em saúde para o controle da hanseníase no Brasil, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, objetivando a melhoria da qualidade de vida e o exercício da cidadania em permanente integração com a sociedade (BRASIL, 2012).

É importante ressaltar também a construção do plano Nacional de Eliminação da hanseníase 2006-2010 (PNEH), que estabeleceu o redirecionamento da política de eliminação da doença enquanto problema de saúde pública e da atenção à hanseníase no Brasil, desenvolvendo as ações em parceria com organizações não governamentais e com entidades governamentais e civis, entre elas, o MORHAN (representante do controle social e da mobilização política em defesa dos direitos dos usuários em todos os estados); a Sociedade Brasileira de Hansenologia (SBH) (formação de recursos humanos para a atenção na média e na alta complexidade, com suporte à rede SUS); e a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) (garantia o suprimento de medicamentos e oferece cooperação técnica e financeira) (BRASIL, 2006).

Em continuidade, a partir de 2011, o Ministério da Saúde, de acordo com as proposições da OMS, revisou as estratégias até então adotadas, voltadas às doenças negligenciadas e como resultado foi elaborado o “Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geo-helmintíases 2011-2015”. O plano propôs uma abordagem de atuação integrada, que se refere à otimização de recursos humanos, financeiros e materiais, utilizando as ferramentas e estratégias disponíveis nos serviços de saúde, e especificamente com relação à hanseníase, se refere a ampliação do diagnóstico oportuno e a oferta de tratamento quimioprolático, quando disponível (BRASIL, 2012).

Em conformidade com a estratégia apresentada no Plano Integrado, foi também pensada e implementada uma Campanha Nacional de Hanseníase juntamente com Verminoses e Tracoma, nos estados endêmicos, entre eles o Estado de Pernambuco, para a descoberta de casos novos. Esta estratégia partiu do

pressuposto de que a detecção de casos novos depende da capacidade dos serviços de saúde para diagnosticar os casos na fase inicial da doença e realizar tratamento oportuno, objetivando a cura e a eliminação das fontes de infecção, e assim serem minimizados os sofrimentos causados pelas sequelas resultantes do diagnóstico tardio ou da falta de acompanhamento adequado (BRASIL, 2008).

A priorização de áreas com maior vulnerabilidade e a abordagem da população-alvo no ambiente escolar possibilitou a ampliação das coberturas de 65%, em 2013, para 74% em 2014. Na proporção de escolares que foram avaliados para hanseníase, permitiu a disseminação de informações e possibilitou o aumento do diagnóstico oportuno em crianças, com consequente redução de riscos de incapacidades físicas, representando um marco na saúde pública e alcançando, inclusive, grande repercussão internacional, chegando a servir de modelo para outros países (BRASIL, 2016b).

Neste contexto, para impulsionar a evolução da descentralização das ações do PNEH, do PCH e da Campanha Nacional, o Decreto Presidencial 7.508 de 2011 foi essencial na regulamentação, planejamento e ampliação da assistência aos portadores de hanseníase, definindo a organização e o funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em redes de atenção e fortalecendo, desta forma, a atenção primária e suas áreas estratégicas de atuação, a exemplo da hanseníase (BRASIL, 2011).

Com relação especificamente a assistência do portador da hanseníase, por se tratar de uma doença com um alto grau de incapacitação, desde a implementação do SUS, é dever do Estado garantir assistência especializada em unidades de referências (ambulatorial ou hospitalar), conforme a necessidade de cada caso (BRASIL, 2010). Assim sendo, a atenção primária se configura como um elo fundamental dentro de uma rede horizontal e integrada na garantia da atenção integral ao portador de hanseníase. Contudo, a forma pela qual são orientadas as práticas profissionais e o processo de trabalho nas unidades de saúde que contam com a Estratégia de Saúde da Família, unidades estas consideradas referências para o tratamento da hanseníase atualmente, ainda são fortemente direcionadas e orientadas pelo modelo clínico-assistencial (LANZA, 2011).

3.3 Estratégias de controle da hanseníase em Pernambuco - Programa de

Enfrentamento às Doenças Negligenciadas (SANAR)

Na tentativa de contribuir para o alcance dos Objetivos do Milênio proposto pela OMS, que tem como escopo a eliminação das doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas com a pobreza, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SESPE) lançou em 2011, o Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas (SANAR). Considerado pioneiro pelo Ministério da Saúde, Pernambuco foi o primeiro estado brasileiro a criar um programa voltado especificamente para o enfrentamento destas doenças (PERNAMBUCO, 2013).

O SANAR surgiu para contribuir com a redução ou eliminação, enquanto problema de saúde pública, das doenças transmissíveis negligenciadas com indicadores insatisfatórios no estado. Nesse sentido, o programa propõe a implantação de ações estratégicas nos municípios considerados prioritários por meio de atividades que promovam o fortalecimento da vigilância e atenção básica, ampliação do diagnóstico laboratorial, melhoria do acesso ao tratamento e medicamentos, além das ações de educação em saúde e de mobilização social (PERNAMBUCO, 2013).

Embora cada doença selecionada apresente características epidemiológicas próprias e distribuição espacial específica, elas possuem em comum uma carga de doença que fundamenta a necessidade de intensificação das ações de controle e eliminação. De um modo geral, são doenças passíveis de intervenções tecnicamente viáveis e apesar de serem preveníveis ou eliminadas com quimioterápicos, com disponibilidade de diagnóstico e tratamento na rede de saúde, são doenças ainda incapacitantes (PERNAMBUCO, 2014).

Os critérios adotados para a escolha das doenças alvo de ação do SANAR levaram em consideração diversos requisitos, dentre os quais destacam-se: a existência de protocolos reconhecidos e testados com orientações para a criação de programas de eliminação e controle, intervenções eficientes, estratégias alternativas de tratamento coletivo ou quimioprofilaxia bem como protocolo nacional/estadual de vigilância epidemiológica implantado. Outro importante critério observado refere-se à disponibilidade de informações epidemiológicas consideradas confiáveis, obtidas a partir de bancos de dados já consolidados. Dessa forma, foram selecionadas sete doenças transmissíveis negligenciadas como prioritárias: tuberculose, hanseníase,

tracoma, geo-helminthiases, filariose, doença de Chagas e esquistossomose (PERNAMBUCO, 2013).

No sanar a hanseníase é trabalhada juntamente com a tuberculose partindo-se do pressuposto da similaridade das ações de controle, que se apresentam estrategicamente inseridas no campo da atenção básica e envolvem um amplo espectro de atividades que necessariamente se integram as de vigilância epidemiológica, passando pela busca de sintomáticos na área adscrita, acompanhamento do tratamento por longos períodos com manejo clínico adequado, controle de comunicantes, entre outros (PEREIRA et al. 2008)

A estratégia de controle da hanseníase teve início a partir de 2012, em municípios que foram selecionados como prioritários de acordo com os indicadores operacionais, sendo realizada no nível da atenção básica, especificamente nas Unidades de Saúde da Família (USF) e se deu em duas etapas que se seguiram: Fase 01 (2012-2014) e Fase 02 (2015-2016).

Na fase 01, durante os anos de 2012 a 2014, foram trabalhados 25 municípios prioritários que atenderam aos seguintes critérios para hanseníase: a) Taxa de detecção em menores de 15 anos maior que 5 por 100 mil habitantes; b) Casos com grau de incapacidade II igual ou superior a 5% nos anos de 2007 a 2009. Na fase 02, durante os anos de 2015 a 2016, o cenário da estratégia foram 15 municípios de Pernambuco definidos a partir dos seguintes critérios: a) população superior a 50 mil habitantes e b) resultado de um indicador composto (IC), calculado a partir da média de um conjunto de indicadores simples, combinados de forma ponderada e multidimensional. Para hanseníase, foram analisados os indicadores: taxa de detecção, grau de incapacidade na cura com registro, cura e contatos examinados.

Na fase 01, com o objetivo de alcançar nesses anos melhorias nos indicadores operacionais dos municípios prioritários, foram estabelecidas as metas de alcançar 90% de cura ou mais dos casos novos e aumentar para 75% ou mais do percentual de contatos examinados nos municípios trabalhados. Na fase 02, a estratégia manteve seus objetivos iniciais de melhoria dos indicadores operacionais, com revisão das prioridades, definindo novas regiões/municípios para o enfrentamento (PERNAMBUCO, 2015).

Norteando este processo, o assessoramento técnico do SANAR promoveu o desenvolvimento de um conjunto de atividades que estão sendo efetivas na

reorientação da prática em serviço das ações de vigilância e controle da hanseníase na atenção básica. O SANAR possibilitou também, identificar e promover evolução de diferentes limitações dos profissionais quanto ao atendimento aos portadores dessas doenças. As principais questões abordadas no assessoramento são: reforço à busca ativa de dermatoneurologistas, realização de exame de contatos intradomiciliares e avaliação do grau de incapacidade, intensificação do acompanhamento dos pacientes por meio da dose supervisionada, realização de atividades de promoção da saúde e estímulo ao preenchimento completo do livro de registro de casos, assim como os demais impressos do Programa Nacional de Controle da Hanseníase (PERNAMBUCO, 2014).

Mudanças positivas nas práticas de trabalho foram observadas e bons resultados foram identificados em alguns indicadores de processo de trabalho, a exemplo da redução de encaminhamentos de pacientes com quadros comuns de hanseníase para a referência. Entretanto, questões que dependem da gestão, como apoio logístico, político e estrutural para desenvolvimento das ações, perpetuam-se como um desafio a ser enfrentado, a fim de permitir a continuidade e sustentabilidade das ações integradas no enfrentamento da hanseníase. Para isso, torna-se necessária uma maior priorização e compromisso por parte dos gestores (PERNAMBUCO, 2014).

Entre os desafios, as ações do SANAR identificaram também a necessidade de qualificação dos dados disponíveis no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), tendo em vista que as análises dos indicadores operacionais, como cura e abandono, frequentemente não são confiáveis ou estão desatualizadas no sistema. Apesar dos desafios, os avanços alcançados pelo SANAR demonstram que a estratégia utilizada produziu melhoria na integralidade da atenção aos pacientes com hanseníase e no controle da doença, em curto e médio prazo, respectivamente. Contudo, necessitam de continuidade por parte da gestão municipal e estadual. É uma abordagem mais custosa em termos de tempo, mas intensiva em gerenciamento e negociação e que requer, para ser efetiva, investimento em qualificação dos implementadores e em construção de consensos e orientações compartilhadas entre os diferentes atores dos programas de controle da hanseníase (PERNAMBUCO, 2014).

3.4 Avaliação de políticas e serviços de saúde

Na literatura existe uma pluralidade não apenas conceitual acerca da avaliação, mas também em relação aos seus modelos teóricos, tipologias e abordagens metodológicas. Essa diversidade é coerente com a multiplicidade de questões consideradas pertinentes na área da saúde e com a heterogeneidade e complexidade das intervenções, sejam elas ações, serviços, programas ou políticas públicas. Tal realidade pode ser justificada pela transversalidade da avaliação nos vários espaços sociais, representando pontos de vista diversos de diferentes atores envolvidos nesse processo.

Alguns autores concordam que avaliar consiste no julgamento de valor a respeito do objeto avaliativo. Este objeto corresponde a uma intervenção que é caracterizada por um conjunto de meios utilizados num certo momento e contexto, para produzir bens e serviços, objetivando mudar uma situação problemática ou qualquer dos seus componentes, com o objetivo de contribuir para a tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS, 1997; PEREIRA, 2015). Esse conhecimento proveniente do processo avaliativo teria sua pertinência e valor ao se traduzir em ações (CHAMPAGNE et al., 2011).

No entanto, é possível identificar discussões a respeito da necessidade de ampliação dessa concepção do objeto a ser avaliado, substituindo a intervenção por práticas sociais e consolidando a avaliação enquanto campo estratégico de atuação. Esse campo pode ser considerado como um espaço particularizado, onde diferentes indivíduos e instituições disputam recursos e compartilham interesses, objetivando alcançar fins específicos. A partir destas concepções, avaliar, implica também em decodificar conflitos, em que é preciso considerar a cultura institucional e a prática dos agentes que o serviço ou programa avaliado envolve, além de analisar os movimentos sociais e a conjuntura histórica em questão (DESLANDES, 1997).

Em consonância, é importante destacar o modelo teórico proposto por Patton (2002), que se refere ao processo avaliativo com foco na utilização, partindo da premissa de que as avaliações devem ser julgadas por sua verdadeira utilidade, devendo-se considerar as expectativas de pessoas reais, no mundo real. Este modelo ganha destaque no campo da avaliação de serviços de saúde porque enfatiza a necessidade de compreensão sobre como as pessoas vivenciam esse processo

avaliativo, e desta maneira, constitui um potente dispositivo para mudança. De acordo com essa premissa, a avaliação não deve ser entendida com um fim em si mesmo (PATTON, 2002).

Nesse sentido, a avaliação pode ser utilizada não só como instrumento de persuasão, para legitimar posição e conseguir adesão e apoio para as mudanças desejadas, mas também como meio para ampliar o conhecimento dos fatos implicados nos seus processos, possibilitando os diversos posicionamentos dos sujeitos sociais, dos governos e das instituições que estão envolvidas no ato avaliativo (CHAVES, 2014).

Assim, considerando que toda avaliação é governada por interesses no seio de uma organização, ela sofre influência da dinâmica local e dos atores que a compõem; isto é, das forças internas e de fatores externos como interesses técnicos, econômicos, éticos e políticos (SILVA et al., 2017). Logo, o ato avaliativo compreende um conjunto de práticas ético- políticas, que buscam medir, descrever e julgar o sentido, o mérito e a relevância das intervenções com o potencial de estimular processos de aprendizagem e o desenvolvimento das pessoas e das organizações, visando mudanças (BARROS et al., 2011).

De acordo com o exposto, apesar de serem inúmeros os objetivos de uma avaliação e de natureza diversa, há uma concordância na literatura quanto aos seus objetivos oficiais: Primeiramente o Estratégico, que é o de auxiliar no planejamento e na elaboração de uma intervenção. Em segundo, o Formativo, que é o de fornecer informações, durante o curso de uma intervenção e permite identificar precocemente prováveis problemas, induzindo a tomada de decisões que propiciem o desenvolvimento da intervenção conforme o planejado. Em terceiro, o Somativo, que é o de verificar os efeitos ou impactos alcançados para contribuir com a decisão de mantê-la, transformá-la ou interrompê-la, devendo ser alcançado ao final de uma intervenção; em quarto, o objetivo Transformador, que é o de incentivar a transformação de uma situação problemática, em prol do bem-estar coletivo; e por fim, o quinto objetivo, o Fundamental, que é o de favorecer o progresso dos conhecimentos (CONTANDRIOPOULOS et al., 1997).

Em continuidade, do ponto de vista metodológico, autores destacam que é preciso compreender a distinção entre a avaliação normativa e a pesquisa avaliativa. A Avaliação Normativa consiste em realizar um julgamento sobre o objeto avaliado,

utilizando critérios e normas existentes e pode ser realizada por pessoas diretamente envolvidas na intervenção ou programa, e tem o potencial de apoiar os gerentes e profissionais no cotidiano dos serviços (FIGUEIRÓ et al. 2010). Este tipo de avaliação consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo), e os resultados obtidos, com critérios e normas. Toda avaliação normativa se apoia no postulado de que existe uma relação forte entre o respeito aos critérios e às normas escolhidas e os reais efeitos da intervenção (CHAMPAGNE et. al., 2011).

A Pesquisa Avaliativa, por sua vez, utiliza métodos científicos para o julgamento do objeto e permite analisar a pertinência da intervenção, seus fundamentos teóricos, a sua produtividade, a eficácia, a eficiência e as suas relações com o contexto (FIGUEIRÓ, 2010). Porém, nos últimos vinte anos, a reflexão conceitual e metodológica acerca do ato avaliativo tende a convergir, apontando para três questões-chave que norteiam suas definições: A avaliação é uma atividade de pesquisa; é preciso atentar para a sua finalidade e utilização; E é necessário considerar o pluralismo de valores, assim como a importância da inclusão de diferentes grupos de interesses e pontos de vista no processo.

Ainda no contexto de sistematização metodológica da avaliação, quanto à natureza, estas podem ser de processo ou de resultados. A primeira, busca detectar os fatores que contribuem e os que dificultam a organização e as operações de um dado programa, interferindo no alcance dos seus resultados. Já a avaliação de resultados, procura saber em que medida o projeto alcança os seus objetivos e quais são os seus efeitos (COHEN; FRANCO, 2008).

Com relação a evolução do processo avaliativo ao longo do tempo, é possível identificar quatro gerações da avaliação, ao longo da história. A Primeira geração foi estabelecida entre as décadas de 1910 e 1930 e teve como objeto de avaliação os estudantes. Teve início no campo da educação, onde foram utilizadas medições para avaliar o coeficiente de inteligência das crianças, com o intuito de classificá-las e determinar o seu progresso escolar. Tal processo limitou-se a um conjunto de atividades de medidas, coleta sistemática de dados e análises quantitativas (GUBA; LINCOLN, 1989).

A Segunda geração, também denominada Descrição, predominou no período de 1930 a 1960. Tinha o intuito de avaliar novos currículos escolares sob uma proposta

de que o avaliador além de efetuar a coleta dos dados e realizar as medidas de intervenção, também descrevesse os programas, compreendesse sua estrutura e seu conteúdo, conseguindo identificar suas forças e fragilidades, a fim de determinar se iriam conseguir alcançar os objetivos (DUBOIS et al., 2011; GUBA; LINCOLN, 2011).

A Terceira geração se deu no período de 1960 até a década de 1980. O avaliador deveria realizar também um julgamento do mérito do objeto avaliado, a partir de padrões externos estabelecidos, a fim de facilitar a tomada de decisão (GUBA; LINCOLN, 2011).

A Quarta geração corresponde ao período do final da década de 80 até os dias atuais e foi denominada negociação. Consiste numa avaliação responsiva construtivista, em que os parâmetros e limites da avaliação são determinados em processos negociados, a partir da participação dos atores interessados. O avaliador tem o seu papel como moderador prevalecendo sobre suas funções de técnico, juiz e de descritor. Além disso, o processo avaliativo deve ser realizado coletivamente, por todos os atores envolvidos e ter caráter emancipatório (DUBOIS et al., 2011; GUBA; LINCOLN, 2011).

Diante do exposto, é fundamental o entendimento de que, mesmo que diferentes paradigmas orientem as diversas gerações de avaliação, elas coexistem. Também é importante ressaltar que a quarta geração busca superar o gerencialismo e o excessivo peso do paradigma científico das demais gerações, que comprometem o pluralismo de valores (GUBA; LINCOLN, 2011).

Broussele et al. (2018) analisa o surgimento de uma quinta geração em avaliação, a geração das explicações, que se pauta pelas quatro gerações anteriores e observa que as abordagens destas compartilham fundações similares e complementares. Assim sendo, propõe uma nova leitura das avaliações baseadas em teoria, considerando a construção e análise da teoria dos programas como meio essencial para resolver os problemas inerentes a intervenções complexas e para reduzir o nível de incerteza destes. O poder explicativo da teoria seria útil na antecipação do inesperado e compreensão das características contextuais, processos de implementação e caminhos causais (BROUSSELLE; BUREGEYA, 2018).

Enfim, o que varia entre estas gerações é a posição do avaliador, o uso preferencial da avaliação, o modo de compreender e produzir os parâmetros e critérios e o envolvimento ou não de atores na construção dos processos avaliativos (CRUZ,

2015).

De acordo com a procedência dos avaliadores, pode-se distinguir quatro tipos de avaliação. A Avaliação externa é aquela em que os avaliadores não pertencem nem são vinculados à instituição executora do programa em avaliação. Geralmente os avaliadores são especialistas contratados pela instituição responsável pela avaliação. A avaliação interna é realizada com a participação de pessoas que pertencem à instituição que promove ou faz a gestão do programa a ser avaliado, mas que não são diretamente responsáveis pela execução. A avaliação mista é uma combinação das avaliações externa e interna e pretende superar as dificuldades e preservar as vantagens de ambas as avaliações. E por fim, a autoavaliação, que é feita pelas próprias pessoas implicadas na execução do programa (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994).

Por sua vez, é possível identificar contribuições que consideram além da avaliação externa, interna e mista, a participativa. Esta última modalidade tem como objetivo a redução da distância entre o avaliador e os beneficiários, prevendo a adesão dos cidadãos no planejamento, programação, execução, operação e avaliação do programa (COHEN; FRANCO, 2008). Essa avaliação consiste em um processo de negociação entre os diversos atores envolvidos, sendo que o avaliador não desenvolve mais a função de juiz; torna-se um dos atores do processo avaliativo (HARTZ, 2014).

É importante enfatizar que os objetivos da avaliação devem nortear a escolha do tipo de avaliador, que deve ter clareza da sua posição no processo (FIGUEIRÓ et al., 2010). Da mesma forma, a decisão sobre o melhor caminho metodológico requer flexibilidade e criatividade, em coerência com o objeto e seus propósitos (SAMICO et al., 2010), pois cada processo avaliativo é específico, requerendo a formulação da melhor estratégia, a escolha da abordagem e definição dos atributos, além da seleção dos critérios, indicadores e padrões que melhor lhe atendam (GOES; FIGUEIREDO, 2012).

Assim sendo, de um modo geral, tem-se atualmente a compreensão de que a avaliação deve valorizar a reflexão e a participação dos diferentes atores nos processos avaliativos; ser dinâmica, considerar a interação com diferentes contextos e extrapolar o âmbito governamental e as regras formais, induzindo às ações e práticas sociais (CRUZ, 2015).

Diante do exposto, pode-se ainda aventar a possibilidade de, a cada novo período e a cada nova geração, ocorrerem mudanças quanto à função da avaliação, o papel dos avaliadores e o grau de interesse dos atores sociais, sob a influência dos contextos tecnológico, científico, econômico e político. Assim, novas questões surgirão e, para elas, nem sempre haverá respostas satisfatórias (DUBOIS et al., 2011).

Ao levar em consideração o âmbito da política pública, a obrigatoriedade da avaliação faz parte da agenda do capitalismo contemporâneo, numa perspectiva mundial de verificação do desempenho gerencial dos governos. Cabe destacar que, como prática instrumental, conceitual e de conhecimento, o processo avaliativo também é capaz de analisar aspectos como relevância, eficiência, efetividade, resultados, impactos e até a sustentabilidade de ações e programas. Porém, não deve se tornar um instrumento produtivista, relacionado apenas ao desempenho da gestão; mas cada vez mais um mecanismo de controle social e de fortalecimento da democracia (CHAVES, 2014).

As Organizações Governamentais e Não Governamentais têm investido na utilização de sistemas de avaliação, gerenciando os resultados dos seus programas e visando à melhoria do desempenho. A literatura afirma que para sair da crise do sistema de saúde, é preciso melhorar o seu desempenho e o das suas organizações. Assim sendo, há o interesse premente por parte dos dirigentes, da mídia e do público por rankings, tabelas comparativas, sistemas de controle, e isto acaba gerando um mal-estar cada vez mais visível entre os gestores, profissionais, pacientes e população numa busca constante de dar sentido aos resultados, de explicar a posição de um estabelecimento em relação aos outros, e sobre o que deveria fazer um estabelecimento para melhorar sua posição, aumentar seu desempenho.

No tocante ao SUS, este tem sofrido influência dos processos recentes de modernização da administração pública, baseados em princípios cujo foco é a gestão baseada em resultados, além do uso eficiente dos recursos. Por este motivo, a avaliação de desempenho também ganha destaque, na medida em que se espera que os recursos direcionados aos programas sejam utilizados de maneira eficiente, que as atividades sejam realizadas de maneira oportuna, que o controle dos riscos e danos seja efetivo e que a população tenha acesso aos serviços oferecidos com a qualidade necessária.

Segundo Contandriopoulos e Champagne (2008), é possível identificar a existência de modelos considerados ideais de desempenho que representam diferentes perspectivas de avaliação segundo a finalidade da avaliação e o interesse por parte do avaliador. São eles:

- a) Modelo racional (Atingir metas): Uma organização comprova o desempenho alcançando metas oficiais;
- b) Modelo dos processos internos: Uma organização comprova o desempenho ao funcionar sem entraves. A ênfase está nos processos de produção;
- c) Modelo de Aquisição de recursos: Uma organização comprova o desempenho conseguindo os recursos necessários para sobreviver e crescer;
- d) Modelo de relações humanas: Uma organização comprova o desempenho conseguindo criar e manter um meio de trabalho sadio;
- e) Modelo dos grupos de interesse: Uma organização comprova o desempenho conseguindo atender minimamente os diversos grupos de interesse (participantes) internos e externos;
- f) Modelo da legitimidade social: Uma organização comprova o desempenho ao sobreviver e se manter, envolvendo-se em atividades consideradas legítimas pela comunidade à qual pertence;
- g) Modelo focado no erro: Uma organização comprova o desempenho ao exibir ausência de erros ou de características de não-desempenho;
- h) Modelo comparativo: Uma organização comprova o desempenho ao ser julgada excelente com relação a organizações similares;
- i) Modelo do sistema de ação racional: O desempenho pode ser apreendido através de indicadores de estrutura, de processo e de resultados.

De acordo, o desempenho é considerado contingente, pois mesmo que todos os modelos reflitam pontos de vista legítimos, é impossível o consenso sobre o conjunto mais apropriado de indicadores e os critérios escolhidos dependem de valores, responsabilidades e preferências dos diferentes atores, além do que a conceitualização e os critérios que permitem apreciar uma intervenção podem mudar ao longo do tempo. Todos os modelos dão informações pertinentes, em momentos diferentes, para atores diferentes.

Aliado a isto, o desempenho também é considerado paradoxal, pelo fato de que

os sistemas de saúde são organizações complexas, e entende-se por sistema de saúde, qualquer intervenção em saúde, que serve clientela específica e assume responsabilidades perante a comunidade. Organizar-se para definir um alto e baixo entrelaçamento de tarefas, abordar atividades específicas e atividades mais gerais e permitir a continuidade, a estabilidade e a inovação. Assim sendo, a avaliação de desempenho, de acordo com diferentes modelos pode gerar resultados contraditórios. É necessário, portanto, um enfoque global, integrante e configuracional, que possa contemplar todos os modelos ao mesmo tempo.

3.5 Avaliação de desempenho: Modelo de Avaliação Global e Integral de Desempenho dos Sistema de Saúde (EGIPSS)

Este modelo de avaliação do desempenho de serviços e sistemas de saúde foi desenvolvido pela Universidade de Montreal sob a coordenação dos professores André-Pierre Contandriopoulos e François Champagne, pesquisadores que trabalham há mais de 20 anos em formação e pesquisa sobre métodos de avaliação. O EGIPSS possui importante histórico de aplicação e impacto no Canadá e em outros países, chamando a atenção de autoridades sanitárias do mundo inteiro para a oportunidade de se realizar um diagnóstico abrangente e efetivo de segmentos do setor saúde.

O modelo EGIPSS constitui uma síntese das abordagens de avaliação e de pesquisa, experimentada em diversos ambientes, baseada em fundamentos teóricos sólidos e em uma abordagem operacional cuja validade foi demonstrada em muitas aplicações, tanto em escala regional quanto internacional (CHAMPAGNE *et al.*, 2005). É capaz de fornecer aos responsáveis pela tomada de decisão, as ferramentas necessárias para medir o desempenho e agir em consequência, além de orientar decisões no sentido da melhoria contínua do desempenho, possibilitando um sistema de saúde de qualidade, acessível e eficiente.

O modelo EGIPSS caracteriza-se por uma abordagem sistêmica e fundamenta-se na teoria da ação social de Parsons, cuja análise do sistema de ação social compreende o exame de quatro sistemas gerais, tais como: a) os sistemas sociais; b) os sistemas culturais; c) os sistemas das personalidades; e d) os organismos comportamentais. Cada componente do sistema de ação social é dotado de estrutura própria com funções específicas e não pode ser reduzida aos demais, ou

seja, embora sejam sistemas inter-relacionados, são independentes. Outro aspecto importante relacionado à essa construção teórica refere-se à noção de equilíbrio. Para Parsons, o sistema de ação social tende à integração (estabilidade), na medida em que as normas são valorizadas e os desvios são reprovados.

No modelo EGIPSS, a avaliação do desempenho funciona como a ferramenta necessária para exercer um gerenciamento responsável orientado para a melhoria contínua do desempenho conseguindo os recursos necessários. De acordo com esse modelo, os sistemas de saúde e de serviços sociais, como todo sistema organizado de ação complexa devem, ao longo do tempo, assumir quatro grandes funções, para manter sua existência e se desenvolver:

- a) Adaptar-se (interagir com o seu ambiente, assegurando obter os recursos necessários e adaptar-se às oportunidades e ameaças, para desenvolver suas atividades);
- b) Atingir metas: capacidade do sistema de atingir seus objetivos fundamentais;
- c) Produzir de maneira integrada: organizar a coordenação entre as partes, recursos e atores; garantir a qualidade; ser produtivo (geralmente tomada como principal, ou único, objeto de avaliação);
- d) Preservar e produzir valores e sentido: manutenção da coesão do sistema

Aliado a isto, o desempenho de um sistema ou organização é considerado uma construção multidimensional e relacional, compreendendo o equilíbrio dinâmico entre a habilidade de cumprir sua missão (realização de objetivo), de adaptar-se a seu ambiente (adaptação), de produzir serviços de qualidade eficientemente (produção) e de manter ou criar valores compartilhados (manutenção de valores especialmente os organizacionais).

Nesse sentido, a avaliação de desempenho deve ser sensível ao caráter dinâmico de como são produzidas as relações de equilíbrio entre as quatro funções de um sistema de ação social. Como as funções são autônomas, mas possuem relações estreitas entre si, os equilíbrios representam as ligações recíprocas que devem existir entre as quatro funções para que seja mantido um sistema com um bom desempenho. Assim, podem-se verificar a existência de seis alinhamentos:

- a) Estratégico: Compatibilidade entre as finalidades da organização e a obtenção

- de recursos no processo de adaptação, resultado do exercício de poder no ambiente;
- b) Alcativo: Troca entre produção e os recursos obtidos, caracterizando a responsividade do subsistema de produção (SSP) frente ao processo de adaptação, assim como a adequação desta frente às demandas de produção;
 - c) Tático: Capacidade de os mecanismos de gestão governar o SSP para o alcance das metas, bem como a relevância da escolha das metas frente aos mecanismos de produção existentes;
 - d) Operacional: Em que medida a cultura e os valores conseguem mobilizar o SSP, bem como o impacto da demanda por resultados de produção sobre a cultura e valores organizacional;
 - e) Legitimador: Congruência entre o alcance de metas e a cultura e valores, bem como se estas metas contribuem para reforçar (ou minar) a cultura e os valores organizacionais;
 - f) Contextual: Capacidade da cultura e valores organizacionais mobilizarem o subsistema de adaptação, assim como se este reforça (ou mina) a cultura e os valores organizacionais;

O objeto da avaliação envolve o sistema de saúde ou qualquer um dos seus componentes. Neste modelo, o protagonismo dos atores envolvidos é analisado através da sua capacidade de governabilidade para manter as diferentes formas de equilíbrio. O plano de funcionamento da intervenção é explorado pela função de produção. O plano de utilização é analisado a partir da sua capacidade de adaptação e a manutenção de valores. Os objetivos finalísticos são contemplados pela análise da função alcance de objetivos.

Em relação à perspectiva da capacidade avaliativa dos modelos de avaliação de desempenho, considerou-se que o modelo EGIPSS apresentou maior capacidade avaliativa, por assumir de maneira clara a concepção do que estaria em avaliação, incorporar uma relação de complementaridade entre as diferentes dimensões. Além disso, inclui na análise dos processos de interação (alinhamento dinâmico), a capacidade dos tomadores de decisão de fazer os ajustes necessários para o cumprimento das funções de um sistema de ação social (REIS et al., 2017).

O modelo EGIPSS defende a ideia de que o desempenho de um sistema de ação social é uma construção multidimensional e relacional. Sendo assim, a avaliação

não deve considerar de forma isolada a mensuração dos indicadores de sucesso do sistema, mas deve considerar na sua análise as interações entre as diferentes funções deste sistema.

4 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

Nesta seção são descritas as etapas da pesquisa necessárias ao alcance dos objetivos propostos, considerando o desenho do estudo, local, sujeitos, estratégia de produção de dados, análise e processamento das informações e outros critérios adotados.

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo avaliativo, que utilizou como eixo condutor a avaliação de desempenho proposta pelo Modelo de Avaliação Global e Integral da Performance de Sistemas de Saúde (EGIPSS), adaptado para avaliar o Programa de Controle da Hanseníase.

4.2 Área do Estudo

O estudo foi realizado em um município de Pernambuco, que atendeu aos seguintes critérios: a) Pertencer a Zona Endêmica para hanseníase em Pernambuco; b) Pertencer ao grupo dos 15 municípios prioritários para Hanseníase do Programa de Enfrentamento às Doenças negligenciadas (SANAR) no quadriênio 2015-2018; c) Apresentar, dentre o grupo de municípios prioritários, a menor pontuação do indicador composto (conjunto de indicadores simples: taxa de detecção, GI na cura com registro, % de cura e % de contatos examinados; que são combinados de forma a obter uma visão ponderada e multidimensional da realidade. Período de referência: 2011-2014. Assim, o município selecionado foi Olinda, com 379,271 habitantes.

4.3 Sujeitos do estudo

Foram os atores sociais que possuem interesse no controle da hanseníase em âmbito municipal e que compartilham a estrutura de poder na execução do PCH: a) Coordenador Municipal do PCH, profissional que acompanha o andamento do programa, sendo responsável pelo planejamento e organização das ações; b) Equipes de Saúde da família: Profissionais de nível superior (médico ou enfermeiro) e de nível médio (Agente Comunitário de Saúde), que são os responsáveis pela execução das

ações do PCH e estão diretamente em contato com a população.

4.4 Estratégia de produção de dados

Os dados foram coletados por meio de entrevistas através de questionários direcionados aos profissionais responsáveis pelo PCH no município. Para coleta dos dados relacionados às funções de Adaptação, Atingir metas e Produção do modelo EGYSS, utilizou-se um questionário (Apêndice C) que foi elaborado pela equipe técnica de vigilância estadual que trabalha com as ações de controle da hanseníase de acordo com as normas e arcabouço teórico existente para o PCH e a aplicação se deu através da técnica da entrevista dirigida.

Para coleta dos dados relacionados à função Manter Valores do Modelo EGYSS, utilizou-se o Instrumento Brasileiro para Avaliação de Cultura Organizacional (IBACO) (Apêndice D) reduzido. Este instrumento quantitativo foi desenvolvido por Ferreira et al (2002) com o objetivo de analisar a cultura organizacional através da análise de dados relativos aos valores e práticas usualmente adotadas na rotina de trabalho dos profissionais, e adaptado por Colombelli (2009) ao formato aqui adotado.

É importante ressaltar que, originalmente o IBACO é composto por 94 itens e o IBACO – reduzido apresentado por Colombelli (2009) utiliza 35 itens dos 94 que integram o IBACO (FERREIRA et al, 2002). Para cada um dos itens abordados pelo IBACO foi adotada a escala Likert de 1 a 5 pontos, onde 1 = não se aplica de modo algum; 2 = pouco se aplica; 3 = aplica-se razoavelmente; 4 = aplica-se bastante e 5 = aplica-se totalmente. Esta escala já é utilizada originalmente nas duas propostas de Ferreira et al (2002) e Colombelli (2009).

Os dados foram tabulados e analisados com o auxílio do Excel, sendo apresentados de acordo com uma matriz de desempenho para melhor entendimento e visualização.

4.5 Modelo Teórico do EGIPSS adaptado ao PCH e Modelo Lógico do PCH

O Programa de Controle da Hanseníase foi considerado como uma intervenção ou sistema organizado de ação complexa e os parâmetros para avaliação foram definidos de acordo com as quatro grandes funções recomendadas para o PCH

manter sua existência e seu desenvolvimento:

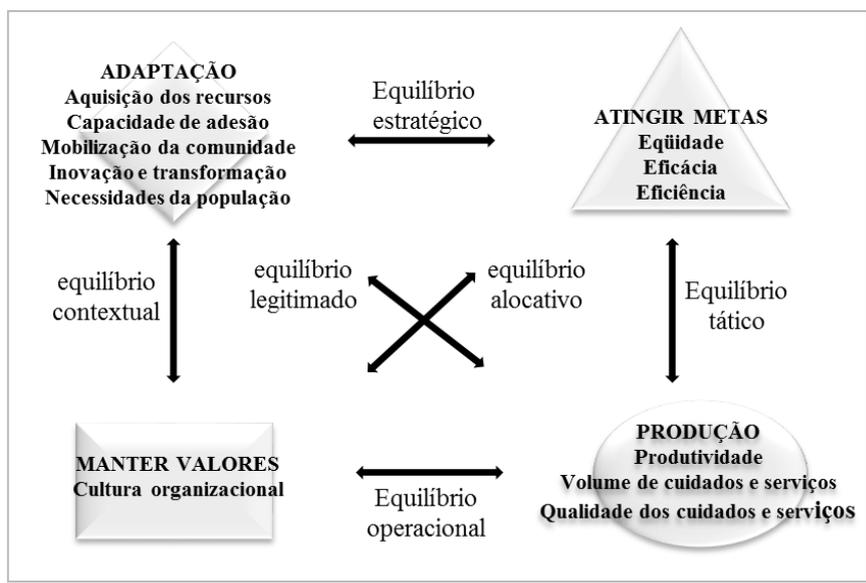
- a) Adaptação: capacidade do PCH interagir com o ambiente e com o contexto; obtenção de recursos necessários para execução das atividades recomendadas pelo PCH; adaptação às necessidades dos pacientes de hanseníase, oportunidades de renovação e atualização do PCH frente aos objetivos; Resposta às ameaças que podem comprometer o desenvolvimento do PCH.
- b) Atingir metas: Capacidade do PCH de atingir seus objetivos fundamentais;
- c) Produção: Capacidade do PCH de organizar a coordenação entre as partes (vigilância e assistência), recursos (humanos, materiais e técnicos) e atores (gestão e atenção básica), produzindo de maneira integrada, e garantindo a qualidade na execução do PCH;
- d) Manutenção de valores e sentido: cultura organizacional dos profissionais que trabalham com o PCH.

O conceito de desempenho que foi utilizado neste estudo e que apresenta embasamento na proposta do modelo EGIPSS, considera que o PCH é uma construção multidimensional e relacional, e o desempenho, o equilíbrio dinâmico entre a habilidade de cumprir sua missão (realização de objetivo), de adaptar-se a seu ambiente (adaptação), de produzir serviços de qualidade eficientemente (produção) e de manter ou criar valores compartilhados (manutenção de valores, especialmente os organizacionais).

Nesse sentido, a avaliação de desempenho se caracteriza por se apresentar sensível ao caráter dinâmico de como são produzidas as relações de equilíbrio entre as quatro funções de um sistema de ação social. Como as funções são autônomas, mas possuem relações estreitas entre si, os equilíbrios representam as ligações recíprocas que devem existir entre as quatro funções para que seja mantido um sistema com um bom desempenho.

Assim, é possível verificar a existência de seis equilíbrios nas ações de controle da hanseníase propostos pelo modelo EGIPSS: Estratégico; Alocativo; Tático; Operacional; Legitimador e Contextual. A figura que ilustra o modelo EGYSS, funções propostas e equilíbrios apresenta-se de acordo com a Figura 1, a seguir:

Figura 1 - Modelo teórico do Modelo EGYSS adaptado para o Programa de Controle da hanseníase.



Fonte: Contandriopoulos et al. (2009).

Diante da necessidade de parâmetro na avaliação de desempenho, foi utilizado o conceito de modelo lógico como referência neste estudo. O modelo lógico (ML) é um esquema visual de como um programa deve ser implementado e quais os resultados esperados. Ele deve conter os objetivos geral e específicos, metas do programa, os insumos necessários, as atividades requeridas para execução dos seus componentes, os produtos esperados, seus resultados e efeitos na situação de saúde da população (MEDINA et al., 2005).

Assim sendo, utilizou-se o Modelo Lógico do Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas (SANAR) da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco, que foi construído a partir do aparato normativo existente (documentos oficiais) que tratam das ações do programa de Controle da hanseníase e foi validado utilizando o conceito de avaliação baseada na teoria (*theory driven evaluation*), no qual o ML é criado por um grupo de avaliadores e tem validade interna por ser baseado na teoria existente (CHEN, 2012). O modelo lógico do Programa de Controle da Hanseníase do SANAR apresenta-se acordo com o Quadro 1, a seguir:

Quadro 1 - Modelo Lógico do Programa de Controle da Hanseníase em âmbito municipal. Recife, [2015].

EIXO	COMPONENTE	ESTRUTURA	PROCESSO	RESULTADO	
				INTERMEDIÁRIO	FINAL
GESTÃO	Planejamento e integração das ações	Recursos Humanos; Financeiros Materiais e Técnicos	Planejamento das ações do PCH	Qualificação das ações do PCH	Redução da prevalência e das incapacidades físicas por Hanseníase
	Gerenciamento		Desenvolvimento de ações integradas	Descentralização e integração das ações para a rede de saúde	
	Informação em saúde		Gerenciamento da Informação em Saúde	Melhoria dos processos de gestão e tomada de decisão	
	Monitoramento e avaliação		Acompanhamento de indicadores epidemiológicos		
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	Prevenção e promoção		Vacinação BCG	Aumento da detecção de casos	
	Notificação		Detecção de casos novos	Diagnóstico precoce	
	Investigação		Notificação dos casos	Interrupção da cadeia de transmissão	
	Informação em saúde		Promover autocuidado	Garantia de realização das ações de vigilância e controle da Hanseníase	
ASSISTÊNCIA AO PACIENTE	Diagnóstico		Investigação dos contatos	Melhoria da qualidade da informação	
	Tratamento		Produção da informação em saúde		
	Acompanhamento		Diagnóstico precoce de casos	Acompanhamento oportuno dos casos	
	Referência e contrarreferência		Acompanhamento do tratamento através da dose supervisionada	Redução das incapacidades físicas	
EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE	Mobilização social		Avaliação, Prevenção e Reabilitação de Incapacidades	Aumento da cura	
	Educação permanente		Busca ativa de faltosos	Melhoria dos indicadores operacionais do PCH	
			Referência e Contrarreferência		
			Realização de atividades educativas	Aumento do acesso da sociedade às informações	
		Realização de campanhas educativas e mobilização social para a saúde	Melhoria dos processos de trabalho das equipes de saúde		
		Educação Permanente da equipe de saúde			

Fonte: Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas (PE).

4.6 Análise e Processamento dos dados

A seguir, são apresentados detalhamentos sobre a construção da matriz de desempenho, explicitando critérios, conceitos e possíveis análises resultantes da utilização deste instrumento.

4.6.1 Matriz de Desempenho

A primeira etapa do trabalho consistiu na obtenção do percentual de desempenho do município em cada uma das funções propostas pelo modelo EGYSS e do percentual de desempenho com um todo do PCH no município. Para isto, procedeu-se com a construção de uma matriz de desempenho que foi elaborada tomando como base o modelo Lógico do PCH acima explicitado.

Na matriz de desempenho foram elencadas as dimensões de análise, critérios, indicadores, parâmetros e os pontos de corte que foram adotados para julgamento e definição do percentual de Desempenho do PCH no município a partir dos dados coletados. Os indicadores se encontram agrupados de acordo com as funções do desempenho, segundo o modelo EGIPSS: *Adaptação*, *Atingir metas*, *Produção* e *Manter valores*. Cada função recebeu uma pontuação de 25 pontos distribuídos entre os indicadores que a compõem. A pontuação de cada indicador obedeceu ao grau de importância de cada um para mensuração do desempenho. As funções também foram identificadas por cores, seguindo a proposta do Modelo EGYSS, de modo que o vermelho identifica a função *Adaptação*, o Azul identifica a função *Atingir metas*, o amarelo, a função *Produção* e o Verde, a função *Manter valores*.

Para facilitar o entendimento e visualização, a apresentação dos resultados na matriz de desempenho de cada função e os relacionados as variáveis de análise também foram identificados por cores. Sendo assim, a cor verde identifica desempenho excelente (maior ou igual a 75%), amarelo identifica o desempenho Satisfatório (50% - 74,9%), o laranja, o desempenho insatisfatório (49-25%) e o vermelho, o desempenho crítico (< 25%).

Os resultados obedeceram a pontos de corte que permitiram a pontuação de cada indicador. O desempenho de cada função foi obtido por meio de uma regra de três simples, onde DF, representa o Desempenho da Função. $DF = \text{somatório da pontuação obtida} / \text{pontuação máxima da função} \times 100$. Para encontrar o Desempenho do Município como um todo (DM), foi utilizada a seguinte expressão matemática, onde: $\Sigma = \text{somatório}$: $DM = \Sigma \text{ função } Adaptação + \Sigma \text{ função } Atingir metas + \Sigma \text{ função } Produção + \Sigma \text{ função } Manter valores$, onde a pontuação máxima foi de 100 pontos (cada função pontou 25) com estabelecimentos de escores para classificação final do percentual de desempenho em excelente (maior ou igual a 75%), satisfatório (50% - 74,9%), insatisfatório (49-25%) e crítico (< 25%).

Na matriz de desempenho, a função *adaptação* apresentou 21 indicadores distribuídos entre seis variáveis de análise. São elas: *Recursos humanos, Equipamentos, Impressos e materiais, Serviços, Mobilização social e Educação permanente*. A função *Atingir Metas* apresentou 17 indicadores distribuídos entre quatro variáveis de análise. São elas: *Planejamento e ações integradas, Monitoramento e Avaliação, Informação em saúde e Eficácia e Eficiência*. A função *Produção* apresentou 21 indicadores distribuídos entre cinco variáveis de análise. São elas: *Assistência ao paciente, Promoção e prevenção à saúde, Informação em saúde; Diagnóstico, Tratamento e Acompanhamento e Referência e Contra-referência*. E por fim, a função *Manter Valores* apresentou 35 indicadores distribuídos entre 07 variáveis de análise. As variáveis de análise ainda foram agrupadas conforme sendo valores ou práticas adotadas na rotina de trabalho dos profissionais. Pertencentes aos valores apresentam-se as seguintes variáveis: *Profissionalismo Cooperativo, Rigidez Hierárquica de poder, Profissionalismo Competitivo e individualista e Satisfação e bem-estar dos funcionários*. Pertencentes às práticas: *Práticas de integração externa, Práticas de recompensa e treinamento e Práticas de relacionamento interpessoal*.

A matriz de desempenho do PCH encontra-se explicitada no quadro 2 a seguir:

Quadro 2 - Matriz de Desempenho do Programa de Controle da Hanseníase

(Continua)

FUNÇÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	RESPONSÁVEL	FONTE DE EVIDÊNCIA	DESCRIÇÃO DO VALOR OU PONTO DE CORTE	
ADAPTAÇÃO	Recursos Humanos	% de ESF com 4 categorias profissionais (1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico ou 1 auxiliar de enfermagem e ACS)	4 categorias profissionais (1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico ou 1 auxiliar de enfermagem e ACS)	Atenção básica	Entrevista	≥ 80 % = 1,79,9% - 50% = 0,5 50% = 0	
		% de ESF com todas as microáreas cobertas por ACS	pelo menos 01 acs por microárea	Atenção básica	Entrevista	≥ 80 % = 1,79,9% - 50% = 0,5 50% = 0	
		Existência de coordenador do Programa de Controle da Hanseníase (PCH)	1 coordenador exclusivo do PCH	Gestão	Entrevista	Exclusivo= 2; Sim, mas não exclusivo= 1; Não= 0	
		Nº de técnicos que trabalhem com ações do PCH (incluindo SINAN)	2 técnicos (1 PCH e 1 Sinan)	Gestão	Entrevista	2 ou mais = 1; Apenas 1 técnico (SINAN)= 0,5; Não = 0	
	Equipamentos	Software do SINAN funcionando adequadamente	Sim	Gestão	Observação Direta	Sim = 1; Não = 0	
		Nº de computadores com SINAN instalado	1 exclusivo para SINAN	Gestão	Observação Direta	Sim = 1; Sim, mas não exclusivo = 0,5; Não = 0	
		Nº de impressoras funcionando adequadamente	Mínimo 1	Gestão	Observação direta	1 ou mais = 1; Não= 0	
		Nº de telefones disponíveis	Mínimo 1	Gestão	Relatório de Supervisão	1 ou mais = 1; Não= 0	
		Nº de veículos existentes	Mínimo 1	Gestão	Relatório de Supervisão	Sim, exclusivo da VE = 1; Sim, compartilhado com a AB ou outro setor = 0,5; Não = 0	
	Impressos e Materiais	Disponibilização semestral de materiais e impressos conforme necessidade para o desenvolvimento do PCH pelas ESF					
		1. Ficha de notificação/investigação de Hanseníase 2. Livro de Registro e controle de tratamento dos casos de Hanseníase 3. Ficha de avaliação .Neurológica simplificada 4. Impresso de Controle de Contatos; 5. Protocolo complementar de investigação diagnóstica de casos de hanseníase em menores de 15 anos 6. Ficha de referência e contra-referência	Sim para todos os itens	Gestão	Observação direta/ Protocolo de entrega	Sim para todos os itens = 3 ; A cada item que não seja disponibilizado diminuir 0,5 pontos	
	Serviços	Disponibilidade de Material educativo (folder, cartilhas, panfleto, cartaz, entre outros) sobre a hanseníase	Sim, produzido pelo município	Gestão	Observação direta/ Protocolo de entrega	Sim, produzido pelo município = 1 ; Sim, apenas o que recebe do nível estadual/federal= 0,5; Não = 0	
		Disponibilidade de serviço de baciloscopia (Laboratório)	Sim, laboratório municipal	Gestão	Entrevista / Documentos diversos	Sim, laboratório municipal = 2; Sim, Terceirizado no município = 1; Sim, em outro município = 0,5 ; Não = 0	
		Existência de fluxo assistencial para referência secundária	Sim	Gestão	Entrevista / Documentos diversos	Sim= 1; Não= 0	

Quadro 2 - Matriz de Desempenho do Programa de Controle da Hanseníase

(Continuação)							
FUNÇÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	RESPONSÁVEL	FONTE DE EVIDÊNCIA	DESCRIÇÃO DO VALOR OU PONTO DE CORTE	
ADAPTAÇÃO		Existência de fluxo para serviço de reabilitação física	Sim	Gestão	Entrevista / Documentos diversos	Sim= 1; Não= 0	
	Normas Técnicas	Disponibilidade de material de apoio normativo sobre diagnóstico e vigilância da hanseníase (portarias e normas técnicas sobre 1. Existência da Portaria Ministerial 3.125/2010 2. Nota técnica Estadual 006/2011 - Rede secundária 3. Nota técnica Estadual 001/2012 - Rede Secundária 4. Nota técnica Estadual 05/2012 - Rede Terciária	Sim	Gestão	Observação direta/ Protocolo de entrega	Sim para todos = 1; A cada item que não seja apresentado diminuir 0,25 ponto	
	Mobilização social	Nº de campanhas contra hanseníase realizadas pelo município ao ano	2 campanhas municipais anuais	Gestão	Documentos (relatórios e frequências)	2/ano = 1; 1 /ano= 0.5; Não = 0	
		% de ESF que realizam duas atividades coletivas ao ano na USF sobre prevenção e controle da Hanseníase	2 atividades coletivas por ano	Atenção básica	Registro das atividades (atas, fotos, livro de reuniões, outros)	≥ 80 %= 1 79,9% - 50% = 0,5 50% = 0	
		% de ESF que realizam 1 atividade ao ano em parceria com escolas, igrejas, associações e outros equipamentos sociais da comunidades para realização de ações educativas de controle da Hanseníase	1 atividade intersetorial por ano	Atenção básica	Registro das atividades (atas, fotos, livro de reuniões, outros)	≥ 80 %= 1 79,9% - 50% = 0,5 50% = 0	
		Realização de mutirão anual de detecção ou atividade educativa com populações de risco (PPL; PVSR; Menores de 15 anos)	Sim	Gestão	Documentos (Ex.: relatórios de atividades, atas de frequência, etc)	sim= 1; não=0	
	Educação Permanente	Realização de capacitação pela SMS para as ESF sobre hanseníase	2 capacitações anuais	Gestão	Documentos (Ex.: relatórios de atividades, atas de frequência, etc)	2/ano = 1; 1/ano= 0.5; Não = 0	
		% de ESF que realizam pelo menos duas reuniões anuais com os ACS para a qualificação destes na abordagem das vistas domiciliares ou discussão de caso em andamento	2 reuniões por ano	Atenção básica	Registro das atividades (atas, fotos, livro de reuniões, outros)	≥ 80 %= 1 79,9% - 50% = 0,5 50% = 0	
	Pontuação máxima ADAPTAÇÃO						25 pontos

Quadro 2 - Matriz de Desempenho do Programa de Controle da Hanseníase

(Continuação)

FUNÇÃO	CRITÉRIO		INDICADOR	PADRÃO	RESPONSÁVEL	FONTE DE EVIDÊNCIA	DESCRIÇÃO DO VALOR OU PONTO DE CORTE
ATINGIR METAS	Eficácia	Planejamento e Ações Integradas	Existência de planejamento anual das ações de controle da hanseníase	Sim	Gestão	Plano de trabalho / Documentos	Sim = 2; Não = 0
			Existência de planejamento de atividades integradas com a AB	Sim	Gestão	Plano de trabalho / Documentos	Sim = 1; Não = 0
			Existência de planejamento de atividades com foco em populações de risco (PPL; PVSR; Menores de 15 anos)	Sim	Gestão	Plano de trabalho / Documentos	Sim = 1; Não = 0
			Existência de planejamento de atividades integradas com outros programas/setores	Sim	Gestão	Plano de trabalho / Documentos	Sim = 1; Não = 0
		Monitoramento e Avaliação	Realização de visitas de monitoramento (supervisão) em todas as USF	Sim, semestralmente	Gestão	Documentos	Sim, semestralmente= 2; Sim, anualmente= 1; Não = 0
			Pactuação e discussão dos indicadores com as equipes	Sim, semestralmente	Gestão	Documentos	Sim, semestralmente= 1 ; Sim, anualmente= 0,5 ; Não = 0
			Monitoramento e Avaliação das ações planejadas	Sim, semestralmente	Gestão	Documentos	Sim, semestralmente= 1; Sim, anualmente= 0,5; Não = 0
			Fluxo de envio de notificação de casos instituído e efetivo	Sim	Gestão	Documentos	Sim = 1; Definido, mas com dificuldades de operacionalização = 0,5; Não = 0
		Análise e repasse de Informação em Saúde	Acompanhamento da qualidade da informação/adequabilidade do preenchimento dos livros de Registro de Acompanhamento das US	Sim, semestralmente	Gestão	Livros de registro	Sim, semestralmente= 1; Sim, anualmente= 0,5; Não = 0
			Alimentação das informações no Sinan através de envio/recebimento dos Boletins de Acompanhamento Mensal para as equipes de saúde	Sim, mensalmente	Gestão	Documentos, Observação direta	Sim, mensalmente = 1; Sim, periodicidade maior que mensal = 0,5; Não = 0
			Análise dos dados: duplicidade, completude e inconsistências (limpeza de banco)	Sim, mensalmente	Gestão	SINAN	Sim, mensalmente = 2; Sim, periodicidade maior que mensal = 1; Não = 0
			Informes ou boletins epidemiológicos elaborados e divulgados	Sim, anualmente	Gestão	Boletim Epidemiológico	Sim, anualmente = 1; Sim, em situações excepcionais= 0,5 Não = 0

Quadro 2 - Matriz de Desempenho do Programa de Controle da Hanseníase

(Continuação)

FUNÇÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	RESPONSÁVEL	FONTE DE EVIDÊNCIA	DESCRIÇÃO DO VALOR OU PONTO DE CORTE
ATINGIR METAS	Efetividade	Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes	Bom: $\geq 90\%$; Regular: ≥ 75 a $89,9\%$; Precário: $< 75\%$;	Gestão	SINAN	$> \text{ou} = 90\% = 1$ $> 75\% \text{ a } 89,9\% = 0,5$ $< 75\% = 0$
		Proporção de casos de hanseníase em abandono de Tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes	Bom $< 10\%$ Regular 10 a $24,9\%$ Precário $\geq 25\%$	Gestão	SINAN	$< 10\% = 1$ $10-24,9\% = 0,5$ $> 25\% = 0$
		Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	Bom: $\geq 90,0\%$ Regular: $\geq 75,0$ a $89,9\%$ Precário: $< 75,0\%$	Gestão	SINAN	$> \text{ou} = 90\% = 1$ $> 75,0 \text{ a } 89,9\% = 0,5$ $< 75\% = 0$
		Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes	Hiperendêmico: $> 40,0/100$ mil hab. Muito alto: $20,00$ a $39,99/100$ mil hab. Alto: $10,00$ a $19,99/100$ mil hab. Médio: $2,00$ a $9,99/100$ mil hab. Baixo: $< 2,00/100$ mil hab.	Gestão	SINAN	Hiperendêmico = 0 Muito alto = $0,25$ Alto = $0,5$ Médio = $0,75$ Baixo = 1
		Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase, na população de zero a 14 anos, por 100 mil habitantes	Hiperendêmico: $\geq 10,00$ por 100 mil hab. Muito alto: $5,00$ a $9,99$ por 100 mil hab. Alto: $2,50$ a $4,99$ por 100 mil hab. Médio: $0,50$ a $2,49$ por 100 mil hab. Baixo: $< 0,50$ por 100 mil hab.	Gestão	SINAN	Hiperendêmico = 0 Muito alto = $0,25$ Alto = $0,5$ Médio = $0,75$ Baixo = 1
		Taxa de prevalência anual de hanseníase por 10 mil habitantes	Hiperendêmico: $\geq 20,0$ por 10 mil hab. Muito alto: $10,0$ a $19,9$ por 10 mil hab. Alto: $5,0$ a $9,9$ por 10 mil hab. Médio: $1,0$ a $4,9$ por 10 mil hab. Baixo: $< 1,0$ por 10 mil hab.	Gestão	SINAN	Hiperendêmico = 0 Muito alto = $0,25$ Alto = $0,5$ Médio = $0,75$ Baixo = 1
		Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico entre os casos novos detectados e avaliados no ano	Alto: $\geq 10\%$ Médio: 5 a $9,9\%$ Baixo: $< 5\%$	Gestão	SINAN	$< 5\% = 1$ $5 \text{ a } 9,9\% = 0,5$ $\geq 10\% = 0$
		Proporção de casos de hanseníase curados com grau 2 de incapacidade física entre os casos avaliados no momento da alta por cura no ano	Alto: $\geq 10\%$ Médio: 5 a $9,9\%$ Baixo: $< 5\%$	Gestão	SINAN	$< 5\% = 1$ $5 \text{ a } 9,9\% = 0,5$ $\geq 10\% = 0$
Pontuação máxima ATINGIR METAS						25 pontos

Quadro 2 - Matriz de Desempenho do Programa de Controle da Hanseníase

(Continuação)

FUNÇÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	RESPONSÁVEL	FONTE DE EVIDÊNCIA	DESCRIÇÃO DO VALOR OU PONTO DE CORTE
PRODUÇÃO	Assistência aos pacientes	Existência de fluxo de entrega da medicação diretamente na Unidade	Sim	Atenção básica	Planilha de pedido/Entrevista	sim = 1, não = 0
		% de Unidades com disponibilidade de poliquimioterapia (esquema básico) para Hanseníase em tempo oportuno	Até 7 dias	Atenção básica	Planilha de pedido/Entrevista	≥ 80 %= 1 79,9% - 50% = 0,5 50% = 0
		% de ESF com disponibilidade de medicamentos para tratamento de reação hansênica em tempo oportuno	Até 7 dias	Atenção básica	Planilha de pedido/Entrevista	≥ 80 %= 1 79,9% - 50% = 0,5 50% = 0
		% de ESF que utilizam para diagnóstico e avaliação neurológica simplificada: 1. kit para teste térmico, tátil e doloroso) 2. kit para teste dermatoneurológico	Sim para todos os itens	Atenção básica	Observação direta	≥ 80 %= 1 79,9% - 50% = 0,5 50% = 0
		Disponibilidade de material de autocuidado para as ESF: 1. Colírio lubrificante 2. Pedra pome ou lixa 3. óleo mineralhidratante de uréia	Sim para todos os itens	Gestão	Registro de entrega/ Documentos diversos	Sim para todos os itens= 1,5; diminuir 0,5 pontos para cada item não apresentado; Nenhum item= 0
	Promoção e Prevenção	% ESF que vacinam todos os contatos com indicação de vacina BCG	Sim	Atenção básica	Formulário de vigilância dos contatos intradomiciliares	≥ 80 %= 1 79,9% - 50% = 0,5 50% = 0
		% de ESF que realizam busca ativa de sintomáticos dermatoneurológicos	Sim	Atenção básica	Registro de busca	≥ 80 %= 2 79,9% - 50% = 1 50% = 0
		Disponibilidade de vacina BCG no município	Sim	Gestão	Entrevista/Observação direta	Sim= 1; Não= 0
		% de ESF que disponibilizam material para autocuidado dos pacientes	Sim	Atenção básica	Registro de entrega/ Documentos diversos	≥ 80 %= 1 79,9% - 50% = 0,5 50% = 0
	Informação em Saúde	% de ESF que preenchem adequadamente o livro de Registro e controle de tratamento dos casos de Hanseníase	Sim	Atenção básica	Livro de registro	≥ 80 %= 1 79,9% - 50% = 0,5 50% = 0
		% de ESF que atualizam e enviam mensalmente o boletim de acompanhamento da Hanseníase	Sim	Atenção básica	Registro de entrega/ Documentos diversos	≥ 80 %= 1 79,9% - 50% = 0,5 50% = 0
	Diagnóstico	% de ESF que diagnosticam casos de hanseníase na unidade	Sim	Atenção básica	Entrevista	≥ 80 %= 2 79,9% - 50% = 1 50% = 0

Quadro 2 - Matriz de Desempenho do Programa de Controle da Hanseníase

						(Continuação)
FUNÇÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	RESPONSÁVEL	FONTE DE EVIDÊNCIA	DESCRIÇÃO DO VALOR OU PONTO DE CORTE
PRODUÇÃO	Tratamento	% de ESF que realizam dose supervisionada para todos os pacientes em acompanhamento	Sim	Atenção básica	Livro de registro	≥ 80 %= 1 79,9% - 50% = 0,5 50% = 0
	Acompanhamento	% de ESF que realizam na USF a avaliação GI no momento do diagnóstico	Sim	Atenção básica	Ficha de avaliação Neurológica simplificada	≥ 80 %= 1 79,9% - 50% = 0,5 50% = 0
		% de ESF que realizam na USF a avaliação GI no momento da na cura	Sim	Atenção básica	Entrevista/Ficha de avaliação Neurológica simplificada	≥ 80 %= 2 79,9% - 50% = 1 50% = 0
		% de ESF que identificam todos os critérios para encaminhamento do paciente para a referência: 1. Reação hansênica; 2. Recidiva; 3. Efeitos adversos	sim	Atenção básica	Entrevista	≥ 80 %= 1 79,9% - 50% = 0,5 50% = 0
		% de ESF que realizam busca ativa de faltosos através de visita domiciliar	Sim	Atenção básica	Registro de busca ou controle de aprazamento	≥ 80 %= 1 79,9% - 50% = 0,5 50% = 0
		% de ESF que orientam o autocuidado do paciente (olhos, mãos e pés)	Sim	Atenção básica	Entrevista	≥ 80 %= 1 79,9% - 50% = 0,5 50% = 0
		Referência e Contrarreferência	Disponibilidade de referência	Sim, Referência municipal	Gestão	Entrevista
	% de ESF que utilizam ficha de referência e recebem a ficha de contrarreferência		Sim	Atenção básica	Observação direta	≥ 80 %= 1 79,9% - 50% = 0,5 50% = 0
	Existência de refência em reabilitação física		Sim	Atenção básica	Entrevista	Sim= 1; Não= 0
	Pontuação máxima PRODUÇÃO					

Quadro 2 - Matriz de Desempenho do Programa de Controle da Hanseníase

			(Conclusão)		
FUNÇÃO	FATORES	ITENS CORRESPONDENTES NO IBACO REDUZIDO	DESCRIÇÃO DO VALOR EM RELAÇÃO A MÉDIA DAS RESPOSTAS	PONTUAÇÃO MÁXIMA ESPERADA	
MANTER VALORES	Profissionalismo Cooperativo	A qualidade do serviço executado é considerada uma das maiores virtudes do profissional (15)	1. Não se aplica de modo algum= 0,71 2. Pouco se aplica = 1,42 3. Aplica-se razoavelmente = 2,14 4. aplica-se bastante = 2,85 5. aplica-se totalmente =3,57	3,57	
		O esforço e a dedicação ao trabalho são qualidades bastante apreciadas (18)			
		O profissionalismo é visto como de grande virtude (21)			
		A preocupação em superar as dificuldades do dia-a-dia é vista como de grande valor (23)			
	Rigidez na estrutura hierárquica de poder	Os profissionais que demonstram dedicação e espírito de colaboração são os melhores modelos a serem seguidos (24)	1. Não se aplica de modo algum= 0,71 2. Pouco se aplica = 1,42 3. Aplica-se razoavelmente = 2,14 4. aplica-se bastante = 2,85 5. aplica-se totalmente =3,57	3,57	
		Manda quem pode, obedece quem tem julzo (9)			
		As oportunidades de ascensão profissionais são limitadas (19)			
		As pessoas preferem receber ordens para não terem que assumir suas responsabilidades (30)			
	Profissionalismo Competitivo e individualista	O excesso de preocupação com o bem-estar é encarado como prejudicial pelos gestores (31)	1. Não se aplica de modo algum= 0,71 2. Pouco se aplica = 1,42 3. Aplica-se razoavelmente = 2,14 4. aplica-se bastante = 2,85 5. aplica-se totalmente =3,57	3,57	
		A ascensão profissional depende de sorte (34)			
		Somente os bons profissionais recebem benefícios que lhes garantem um melhor bem-estar (25)			
		A criatividade é um dos requisitos básicos para ocupação de cargos de gestão (26)			
	Satisfação e bem-estar dos funcionários	O crescimento profissional é considerado indispensável para permanencia do profissional (27)	1. Não se aplica de modo algum= 0,71 2. Pouco se aplica = 1,42 3. Aplica-se razoavelmente = 2,14 4. aplica-se bastante = 2,85 5. aplica-se totalmente =3,57	3,57	
		A competição é valorizada, mesmo que de forma não sadia, porque o objetivo é maior é a produtividade (33)			
		A competição é vista como indispensável à obtenção de bons resultados (35)			
		As necessidades pessoais e o bem-estar dos profissionais constituem uma preocupação constante dos gestores (3)			
	Práticas	Práticas de integração externa	Investe-se no crescimento profissional dos funcionários (6)	1. Não se aplica de modo algum= 0,71 2. Pouco se aplica = 1,42 3. Aplica-se razoavelmente = 2,14 4. aplica-se bastante = 2,85 5. aplica-se totalmente =3,57	3,57
			Os profissionais recebem treinamento para poderem desenvolver sua criatividade (11)		
			Programas para aumentar a satisfação dos profissionais são regularmente desenvolvidos (13)		
			Programas destinados a melhorar o bem-estar dos profissionais são implementados e testados(20)		
Práticas de recompensa e treinamento		O atendimento as necessidades do usuário é uma das metas mais importantes (2)	1. Não se aplica de modo algum= 0,71 2. Pouco se aplica = 1,42 3. Aplica-se razoavelmente = 2,14 4. aplica-se bastante = 2,85 5. aplica-se totalmente =3,57	3,57	
		Persegue-se a excelência na prestação de serviços como forma de satisfazer aos pacientes (4)			
		O acompanhamento e atendimento as necessidades dos pacientes é feito constantemente (7)			
		Mantem-se relações amigáveis com os pacientes (8)			
Práticas de relacionamento interpessoal		As inovações em geral introduzidas para atender as necessidades dos pacientes (16)	1. Não se aplica de modo algum= 0,71 2. Pouco se aplica = 1,42 3. Aplica-se razoavelmente = 2,14 4. aplica-se bastante = 2,85 5. aplica-se totalmente =3,57	3,57	
		Os profissionais que apresentam ideias inovadoras costumam ser premiados (5)			
		Os profissionais que são premiados são os que apresentam um desempenho que se destaca dos demais (12)			
		A Distribuição de prêmios é comumente realizada entre os profissionais (17)			
	As inovações costumam ser introduzidas por meio de programas de qualidade (28)	1. Não se aplica de modo algum= 0,71 2. Pouco se aplica = 1,42 3. Aplica-se razoavelmente = 2,14 4. aplica-se bastante = 2,85 5. aplica-se totalmente =3,57	3,57		
	Os profissionais costumam ser premiados quando alcançam metas pre-estabelecidas (32)				
	Os profissionais tem ampla liberdade de acesso aos gestores (1)				
	Os chefes imediatos são como pais para os profissionais (10)				
		É prática comum a comemoração dos aniversários na USF (14)	1. Não se aplica de modo algum= 0,71 2. Pouco se aplica = 1,42 3. Aplica-se razoavelmente = 2,14 4. aplica-se bastante = 2,85 5. aplica-se totalmente =3,57	3,57	
		As relações dos profissionais com os gestores são cordiais e amigáveis (22)			
		Os profissionais da ESF se relacionam como se fossem uma grande família (29)			
Pontuação máxima MANTER VALORES				25 pontos	

Fonte: Autora

4.6.2 Equilíbrios Dinâmicos ou Alinhamentos

A segunda etapa da análise consistiu em identificar as relações existentes entre as funções, definidas por Sicotte et al como “Equilíbrios” do modelo EGIPSS. São eles: *estratégico, alocativo, tático, operacional, legitimador e contextual*. Para análise dos equilíbrios entre as funções, utilizou-se o conceito de “Tendência do Equilíbrio” (TE) (FERREIRA, 2014), que é representado matematicamente pela seguinte expressão:

$$TE = (\Sigma F1 + \Sigma F2) - 25$$

Onde: TE=Tendência do Equilíbrio; F1=Função 1; F2= Função 2

O cálculo é baseado no somatório dos resultados das funções correspondentes ao equilíbrio, subtraindo-se da média aritmética do somatório máximo de suas funções correspondentes (resultado ideal para que cada função desempenhe 100% das suas atividades), que para este estudo foi 25 pontos. A diferença entre a pontuação obtida e a média aritmética da pontuação ideal chamamos de *Tendência do Equilíbrio*, podendo este resultado expressar valores positivos ou negativos.

- 25 ----- 0 ----- + 25

Foi realizado o cálculo da Tendência do Equilíbrio (TE) para cada Equilíbrio proposto pelo Modelo EGIPSS adaptado ao PCH no município e considerou-se Tendência do equilíbrio positiva os resultados expressos em números naturais, com valores iguais a zero ou superiores. A tendência do equilíbrio positiva representa a harmonia existente entre os resultados das funções correspondentes aquele equilíbrio e isso contribui positivamente para o desempenho final ao considerar não apenas os resultados isolados de cada função, mas como estas funções se apresentam quando analisadas em conjunto, caracterizando o equilíbrio e a dinâmica do desempenho.

Serão considerados equilíbrios negativos ou tendência ao desequilíbrio os resultados expressos em números inteiros com valores negativos. Da mesma forma, em ideia contrária, a Tendência do equilíbrio negativa indica grandes diferenças ou desarmonias entre as funções correspondentes aquele equilíbrio. As TE serão utilizadas para subsidiar a discussão dos resultados alcançados na avaliação de

desempenho. Sendo eles, o estratégico (correlaciona as funções adaptação e atingir metas), o contextual (correlaciona as funções adaptação e manter valores), o equilíbrio operacional (correlaciona a função manter valores e produção), o equilíbrio tático (correlaciona as funções produção e atingir metas), o equilíbrio alocativo (correlaciona as funções adaptação e produção) e o equilíbrio legitimado (correlaciona as funções manter valores e atingir metas).

5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição NESC/CPqAM/Fiocruz, CAAE: 86325518.7.0000.5190 e foi realizado segundo a Resolução 466/2012, as quais estabelecem diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Os participantes foram convidados a assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) esclarecendo-se na oportunidade a justificativa, os objetivos e os procedimentos utilizados na pesquisa. Foram também solicitadas anuência formal ao município selecionado.

6 RESULTADOS

O desempenho do PCH no município de Olinda de acordo com o Modelo Integral de Desempenho foi considerado satisfatório com um percentual de 55,9%. Este resultado se deve ao alcance das funções: *Produção* (68%), *Manter valores* (63%) e *Adaptação* (60%), todas com desempenho considerado satisfatório, seguido da função *Atingir metas* que apresentou Desempenho insatisfatório, com um percentual de 33%.

6.1 Desempenho do PCH em relação à função *Adaptação*

A função *adaptação* apresenta-se de acordo com o quadro 3, a seguir:

Quadro 3 - Matriz de Desempenho do Programa de Controle da Hanseníase no município de Olinda, função *Adaptação*.

(Continua)

FUNÇÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	DESCRIÇÃO DO VALOR OU PONTO DE CORTE	PONTUAÇÃO MÁXIMA ESPERADA	PONTUAÇÃO ATINGIDA	DESEMPENHO (%)	
ADAPTAÇÃO	Recursos Humanos	% de ESF com 4 categorias profissionais (1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico ou 1 auxiliar de enfermagem e ACS)	(1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico ou 1 auxiliar de enfermagem e ACS)	$\geq 80\% = 1$ 79,9% - 50% = 0,5 50% = 0	1	0,5		
		% de ESF com todas as microáreas cobertas por ACS	pelo menos 01 acs por microárea	$\geq 80\% = 1$ 79,9% - 50% = 0,5 50% = 0	1	0,5		
		Existência de coordenador do Programa de Controle da Hanseníase (PCH)	1 coordenador exclusivo do PCH	Exclusivo = 2; Sim, mas não exclusivo = 1; Não = 0	2	1		
		Nº de técnicos que trabalhem com ações do PCH (incluindo SINAN)	2 técnicos (1 PCH e 1 Sinan)	2 ou mais = 1; Apenas 1 técnico (SINAN) = 0,5; Não = 0	1	0,5		
	Recursos Humanos					5	2,5	50,0%
	Equipamentos	Software do SINAN funcionando adequadamente		Sim	Sim = 1; Não = 0	1	0	
		Nº de computadores com SINAN instalado		1 exclusivo para SINAN	Sim = 1; Sim, mas não exclusivo = 0,5; Não = 0	1	0	
		Nº de impressoras funcionando adequadamente		Mínimo 1	1 ou mais = 1; Não = 0	1	1	
		Nº de telefones disponíveis		Mínimo 1	1 ou mais = 1; Não = 0	1	0	
		Nº de veículos existentes		Mínimo 1	Sim, exclusivo da VE = 1; Sim, compartilhado com a AB ou outro setor = 0,5; Não = 0	1	0,5	
	Equipamentos					5	1,5	30,0%
	Impressos e Materiais técnicos	Disponibilização semestral de impressos: 1. Ficha de notificação/investigação 2. Livro de Registro e controle de tratamento 3. Ficha de avaliação Neurológica simplificada 4. Impresso de Controle de Contatos; 5. PCID em menores de 15 anos 6. Ficha de referência e contra-referência		Sim para todos os itens	Sim para todos os itens = 3 ; A cada item que não seja disponibilizado diminuir 0.5 pontos	3	2,5	
		Disponibilização de material de apoio normativo: 1. Existência da Portaria Ministerial 3.125/2010 2. Nota técnica Estadual 006/2011 (Rede secundária) 3. Nota técnica Estadual 001/2012 - Rede Secundária 4. Nota técnica Estadual 05/2012 - Rede Terciária		Sim para todos os itens	Sim para todos = 1; A cada item que não seja apresentado diminuir 0,25 ponto	1	0,5	
		Disponibilidade de material educativo (folder, cartilhas, panfleto, cartaz, entre outros) sobre a hanseníase		Sim, produzido pelo município	Sim, produzido pelo município = 1 ; Sim, apenas o que recebe do nível estadual/federal = 0,5; Não = 0	1	1	
	Impressos e Materiais técnicos					5	3,5	70,0%

Quadro 3 - Matriz de Desempenho do Programa de Controle da hanseníase no município de Olinda, função *Adaptação*.

(Conclusão)

FUNÇÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	DESCRIÇÃO DO VALOR OU PONTO DE CORTE	PONTUAÇÃO MÁXIMA ESPERADA	PONTUAÇÃO DO MUNICÍPIO	DESEMPENHO (%)	
ADAPTAÇÃO	Serviços	Disponibilidade de serviço de baciloscopia (Laboratório)	Sim, laboratório municipal	Sim, laboratório municipal = 2; Sim, Terceirizado no município = 1; Sim, em outro município = 0.5 ; Não = 0	2	2		
		Existência de fluxo assistencial para referência secundária	Sim	Sim= 1; Não= 0	1	1		
		Existência de fluxo para serviço de reabilitação física	Sim	Sim= 1; Não= 0	1	1		
	Serviços					4	4	100%
	Mobilização social	Nº de campanhas contra hanseníase realizadas pelo município ao ano	2 campanhas municipais anuais	2/ano = 1; 1 /ano= 0.5; Não = 0	1	1		
		% de ESF que realizam duas atividades coletivas ao ano na USF para os usuários sobre prevenção e controle da Hanseníase	2 atividades coletivas por ano	≥ 80 % = 1 79,9% - 50% = 0,5 50% = 0	1	1		
		% de ESF que realizam 1 atividade ao ano em parceria com escolas, igrejas, associações e outros equipamentos sociais da comunidades para realização de ações educativas de controle da Hanseníase	1 atividade intersetorial por ano	≥ 80 % = 1 79,9% - 50% = 0,5 50% = 0	1	0,5		
		Realização de mutirão anual de detecção ou atividade educativa com populações de risco (PPL; PVSR; Menores de 15 anos)	Sim	sim= 1; não=0	1	1		
	Mobilização Social					4	3,5	87,5%
	Educação Permanente	Realização de capacitação pela SMS para as ESF sobre hanseníase	2 capacitações anuais	2/ano = 1; 1/ano= 0.5; Não = 0	1	0		
		% de ESF que realizam pelo menos duas reuniões anuais com os ACS para a qualificação destes na abordagem das vistas domiciliares ou discussão de caso em andamento	2 reuniões por ano	≥ 80 % = 1 79,9% - 50% = 0,5 50% = 0	1	0,5		
	Educação Permanente					2	0,5	25,0%
	Pontuação máxima ADAPTAÇÃO					25	15	60%

Fonte: Autora

O desempenho da função *Adaptação* para o município de Olinda foi considerado satisfatório atingindo um percentual de 60%. Nesta função, sobressaiu-se a variável de análise “Serviços”, atingindo pontuação máxima de aproveitamento em todos os indicadores (Disponibilidade de baciloscopia; Existência de fluxo assistencial para referência secundária, inclusive reabilitação física); Seguida da “Mobilização social” que atingiu pontuação máxima de desempenho em 3 indicadores dos 4 avaliados (Realização de pelo menos duas campanhas contra hanseníase, executadas pelo município, ao ano; realização de pelo menos duas atividades coletivas ao ano na USF, para os usuários, sobre prevenção e controle da Hanseníase e Realização de pelo menos um mutirão anual de detecção em populações de risco (PPL; PVSR; Menores de 15 anos). De acordo, ambas as variáveis, “Serviços” e “Mobilização social” apresentaram escore excelente de desempenho.

Entre as outras variáveis que contribuíram positivamente para o desempenho obtido na função *Adaptação*, encontra-se “Impressos e materiais técnicos”, com alcance de pontuação máxima no indicador de Disponibilização de Material educativo (folder, cartilhas, panfleto, cartaz, entre outros) sobre a hanseníase, produzidos pelo município, seguido de “Recursos Humanos”, que apesar de não ter atingido pontuação máxima em nenhum indicador, obteve bons resultados em todos eles (presença das quatro categorias profissionais na ESF, cobertura de todas microáreas por ACS, Existência de coordenador do PCH e de pelo menos dois técnicos que trabalhem no PCH (incluindo SINAN)). Ambas as variáveis, “Impressos e materiais técnicos” e “Recursos Humanos” apresentaram escore satisfatório de desempenho.

As variáveis que apresentaram Desempenho insatisfatório e, portanto, consistiram em dificuldades para a função *Adaptação*, foram “Equipamentos” e “Educação permanente”. A primeira não obteve pontuação alguma em 3 indicadores (existência de pelo menos um computador com SINAN instalado e de uso exclusivo; Software do SINAN funcionando adequadamente, e existência de pelo menos 1 telefone disponível para comunicação). Enquanto que na segunda, o indicador crítico foi o de Realização de pelo menos 2 capacitações ao ano pelo município para as ESF sobre hanseníase.

6.2 Desempenho do PCH em relação à função *Atingir Metas*

A função *Atingir metas* apresenta-se de acordo com o quadro 4, a seguir:

Quadro 4 - Matriz de Desempenho do Programa de Controle da Hanseníase no município de Olinda, função *Atingir Metas*

(Continua)

FUNÇÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	DESCRIÇÃO DO VALOR OU PONTO DE CORTE	PONTUAÇÃO MÁXIMA ESPERADA	PONTUAÇÃO DO MUNICÍPIO	DESEMPENHO (%)			
ATINGIR METAS	Eficácia	Planejamento e Ações Integradas	Existência de planejamento anual das ações de controle da hanseníase	Sim	Sim = 2; Não = 0	2	2			
			Existência de planejamento de atividades integradas com a AB	Sim	Sim = 1; Não = 0	1	0			
			Existência de planejamento de atividades com foco em populações de risco (PPL; PVSR; Menores de 15 anos)	Sim	Sim = 1; Não = 0	1	0			
			Existência de planejamento de atividades integradas com outros programas/setores	Sim	Sim = 1; Não = 0	1	0			
		Planejamento e Ações integradas					5		2	40,0%
		Monitoramento e Avaliação	Realização de visitas de monitoramento (supervisão) em todas as USF	Sim, semestralmente	Sim, semestralmente= 2; Sim, anualmente= 1; Não = 0	2	2			
			Pactuação e discussão dos indicadores com as equipes	Sim, semestralmente	Sim, semestralmente= 2 ; Sim, anualmente= 1 ; Não = 0	2	0			
			Monitoramento e Avaliação das ações planejadas	Sim, semestralmente	Sim, semestralmente= 2; Sim, anualmente= 1; Não = 0	2	0			
		Monitoramento e Avaliação					6		2	33,3%
		Análise e repasse de Informação em Saúde	Fluxo de envio de notificação de casos instituído e efetivo	Sim	Sim = 1; Definido, mas com dificuldades de operacionalização = 0,5 Não = 0	1	0			
	Acompanhamento da qualidade da informação/adequabilidade do preenchimento dos livros de Registro de Acompanhamento das US		Sim, semestralmente	Sim, semestralmente= 1; Sim, anualmente= 0,5; Não = 0	1	1				
	Alimentação das informações no Sinan através de envio/recebimento dos Boletins de Acompanhamento Mensal para as equipes de saúde		Sim, mensalmente	Sim, mensalmente = 1; Sim, periodicidade maior que mensal = 0,5; Não = 0	1	0				
	Análise dos dados: duplicidade, completude e inconsistências (limpeza de banco)		Sim, mensalmente	Sim, mensalmente = 2; Sim, periodicidade maior que mensal = 1; Não = 0	2	0				
	Informes ou boletins epidemiológicos elaborados e divulgados		Sim, anualmente	Sim, anualmente = 1; Sim, em situações excepcionais= 0,5 Não = 0	1	0				
	Informação em Saúde					6	1	16,6%		
	Eficácia					17	5	29,4%		

Quadro 4 - Matriz de Desempenho do Programa de Controle da Hanseníase no município de Olinda, função *Atingir Metas*

(Conclusão)

FUNÇÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	DESCRIÇÃO DO VALOR OU PONTO DE CORTE	PONTUAÇÃO MÁXIMA ESPERADA	PONTUAÇÃO DO MUNICÍPIO	DESEMPENHO (%)
ATINGIR METAS	Efetividade	Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes	Bom: ≥90%; Regular: ≥75 a 89,9%; Precário: <75%;	> ou = 90% = 1 > 75% a 89,9% = 0,5 <75% = 0	1	0	
		Proporção de casos de hanseníase em abandono de Tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes	Bom <10% Regular 10 a 24,9% Precário ≥25%	< 10% = 1 10-24,9% = 0,5 > 25% = 0	1	0,5	
		Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes	Bom: ≥90,0% Regular: ≥75,0 a 89,9% Precário: <75,0%	> ou = 90% = 1 > 75,0 a 89,9% = 0,5 <75% = 0	1	0	
		Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase por 100 mil habitantes	Hiperendêmico: >40,0/100 mil hab. Muito alto: 20,00 a 39,99/100 mil hab. Alto: 10,00 a 19,99/100 mil hab. Médio: 2,00 a 9,99/100 mil hab. Baixo: <2,00/100mil hab.	Hiperendêmico = 0 Muito alto = 0,25 Alto = 0,5 Médio = 0,75 Baixo = 1	1	0,25	
		Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase, na população de zero a 14 anos, por 100 mil habitantes	Hiperendêmico: ≥10,00 por 100 mil hab. Muito alto: 5,00 a 9,99 por 100 mil hab. Alto: 2,50 a 4,99 por 100 mil hab. Médio: 0,50 a 2,49 por 100 mil hab. Baixo: <0,50 por 100 mil hab.	Hiperendêmico = 0 Muito alto = 0,25 Alto = 0,5 Médio = 0,75 Baixo = 1	1	0	
		Taxa de prevalência anual de hanseníase por 10 mil habitantes	Hiperendêmico: ≥20,0 por 10 mil hab. Muito alto: 10,0 a 19,9 por 10 mil hab. Alto: 5,0 a 9,9 por 10 mil hab. Médio: 1,0 a 4,9 por 10 mil hab. Baixo: <1,0 por 10 mil hab.	Hiperendêmico = 0 Muito alto = 0,25 Alto = 0,5 Médio = 0,75 Baixo = 1	1	0,5	
		Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico entre os casos novos detectados e avaliados no ano	Alto: ≥10% Médio: 5 a 9,9% Baixo: <5%	<5% = 1 5 a 9,9% = 0,5 ≥10% = 0	1	1	
	Proporção de casos de hanseníase curados com grau 2 de incapacidade física entre os casos avaliados no momento da alta por cura no ano	Alto: ≥10% Médio: 5 a 9,9% Baixo: <5%	<5% = 1 5 a 9,9% = 0,5 ≥10% = 0	1	1		
Efetividade					8	3,25	40,0%
Pontuação máxima ATINGIR METAS					25	8,25	33%

Fonte: Autora

O desempenho da função *atingir metas* para o município de Olinda foi considerado insatisfatório atingindo um percentual de 32%. Nesta função, nenhuma variável apresentou escore satisfatório de desempenho.

A variável que apresentou pior resultado foi “Análise e repasse de Informação em Saúde” relacionada a “eficácia” do PCH. Nesta variável, apenas um indicador apresentou resultado favorável (adequabilidade do preenchimento dos livros de Registro de Acompanhamento das US), dos cinco avaliados. Os demais não atingiram pontuação alguma. Foram eles: Fluxo de envio de notificação de casos instituído e efetivo, envio/recebimento dos Boletins de Acompanhamento Mensal para as ESF, Análise dos dados com relação a duplicidade, completitude e inconsistências (limpeza de banco) e Informes ou boletins epidemiológicos elaborados e divulgados.

Destacou-se ainda negativamente, em relação a “Eficácia”, o “Planejamento de Ações Integradas”, que pontuou em apenas um indicador (Existência de planejamento anual das ações de controle da hanseníase), dos quatro avaliados. Os demais não atingiram pontuação alguma. O mesmo aconteceu com “Monitoramento e Avaliação”, no qual apenas o indicador de Realização de visitas de monitoramento (supervisão) em todas as USF obteve pontuação, de três avaliados e os demais não pontuaram.

Em relação a variável “Efetividade”, apenas quatro indicadores, dos oito avaliados, apresentaram resultados positivos. Foram eles: Proporção de casos de hanseníase em abandono de Tratamento entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes, Taxa de prevalência anual de hanseníase por 10 mil habitantes, Proporção de casos de hanseníase com grau 2 de incapacidade física no momento do diagnóstico entre os casos novos detectados e avaliados no ano e Proporção de casos de hanseníase curados com grau 2 de incapacidade física entre os casos avaliados no momento da alta por cura no ano.

Sobressaíram-se negativamente os indicadores: Proporção de cura de hanseníase entre os casos novos diagnosticados nos anos das coortes, Proporção de contatos examinados de casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes e Taxa de detecção anual de casos novos de hanseníase, na população de zero a 14 anos, por 100 mil habitantes, todos com escore crítico de desempenho.

6.3 Desempenho do PCH em relação à função *Produção*

A função *Produção* apresenta-se de acordo com o quadro 5, a seguir:

Quadro 5 - Matriz de Desempenho do Programa de Controle da Hanseníase no município de Olinda, função *Produção*.

(Continua)

FUNÇÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	DESCRIÇÃO DO VALOR OU PONTO DE CORTE	PONTUAÇÃO MÁXIMA ESPERADA	PONTUAÇÃO DO MUNICÍPIO	DESEMPENHO (%)	
PRODUÇÃO	Assistência ao paciente	Existência de fluxo de entrega da medicação diretamente na Unidade	Sim	sim = 1, não = 0	1	1		
		% de Unidades com disponibilidade de poliquimioterapia (esquema básico) para Hanseníase em tempo oportuno	Até 7 dias	≥ 80 %= 1 79,9% - 50% = 0,5 50% = 0	1	1		
		% de ESF com disponibilidade de medicamentos para tratamento de reação hansênica em tempo oportuno	Até 7 dias	≥ 80 %= 1 79,9% - 50% = 0,5 50% = 0	1	1		
		% de ESF que utilizam para diagnóstico e avaliação neurológica simplificada: 1. kit para teste térmico, tátil e doloroso) 2. kit para teste dermatoneurológico	Sim para todos os itens	≥ 80 %= 1 79,9% - 50% = 0,5 50% = 0	1	0		
		Disponibilidade de material de autocuidado para as ESF: 1. Colírio lubrificante 2. Pedra oome ou lixa 3. óleo mineralhidratante de uréia	Sim para todos os itens	Sim para todos os itens= 1; diminuir 0,33 pontos para cada item não apresentado; Nenhum item= 0	1	0,67		
	Assistência aos pacientes					5	3,67	73,4%
	Promoção e Prevenção à saúde	% ESF que vacinam todos os contatos com indicação de vacina BCG	Sim	≥ 80 %= 1 79,9% - 50% = 0,5 50% = 0	1	0		
		% de ESF que realizam busca ativa de sintomáticos dermatoneurológicos	Sim	≥ 80 %= 2 79,9% - 50% = 1 50% = 0	2	2		
		Disponibilização de vacina BCG no município	Sim	Sim= 1; Não= 0	1	1		
		% de ESF que disponibilizam material para autocuidado dos pacientes	Sim	≥ 80 %= 1 79,9% - 50% = 0,5 50% = 0	1	1		
	Promoção e Prevenção					5	4	80,0%
	Informação em Saúde	% de ESF que preenchem adequadamente o livro de Registro e controle de tratamento dos casos de Hanseníase	Sim	≥ 80 %= 1 79,9% - 50% = 0,5 50% = 0	1	0,5		
		% de ESF que atualizam e enviam mensalmente o boletim de acompanhamento da Hanseníase	Sim	≥ 80 %= 1 79,9% - 50% = 0,5 50% = 0	1	0		
	Informação em Saúde					2	0,5	25,0%

Quadro 5 - Matriz de Desempenho do Programa de Controle da Hanseníase no município de Olinda, função *Produção*.

(Conclusão)

FUNÇÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	DESCRIÇÃO DO VALOR OU PONTO DE CORTE	PONTUAÇÃO MÁXIMA ESPERADA	PONTUAÇÃO DO MUNICÍPIO	DESEMPENHO (%)	
PRODUÇÃO	Diagnóstico Tratamento e Acompanhamento	% de ESF que diagnosticam casos de hanseníase na unidade	Sim	$\geq 80\% = 2$ 79,9% - 50% = 1 50% = 0	2	1		
		% de ESF que realizam dose supervisionada para todos os pacientes em acompanhamento	Sim	$\geq 80\% = 1$ 79,9% - 50% = 0,5 50% = 0	1	1		
		% de ESF que realizam na USF a avaliação GI no momento do diagnóstico	Sim	$\geq 80\% = 1$ 79,9% - 50% = 0,5 50% = 0	1	1		
		% de ESF que realizam na USF a avaliação GI no momento da na cura	Sim	$\geq 80\% = 2$ 79,9% - 50% = 1 50% = 0	2	0		
		% de ESF que realizam busca ativa de faltosos através de visita domiciliar	Sim	$\geq 80\% = 1$ 79,9% - 50% = 0,5 50% = 0	1	1		
		% de ESF que orientam o autocuidado do paciente (olhos, mãos e pés)	Sim	$\geq 80\% = 1$ 79,9% - 50% = 0,5 50% = 0	1	1		
	Diagnóstico, Tratamento e Acompanhamento					8	5	62,5%
	Referência e Contrarreferência	Disponibilização de referência	Sim, Referência municipal	Sim, municipal= 2; Sim, estadual = 1; Não= 0	2	1,5		
		% de ESF que identificam todos os critérios para encaminhamento do paciente para a referência: 1. Reação hansênica; 2. Recidiva; 3. Efeitos adversos	Sim	$\geq 80\% = 1$ 79,9% - 50% = 0,5 50% = 0	1	0,5		
		% de ESF que utilizam ficha de referência e recebem a ficha de contrarreferência	Sim	$\geq 80\% = 1$ 79,9% - 50% = 0,5 50% = 0	1	0,5		
		Existência de referência em reabilitação física	Sim	Sim= 1; Não= 0	1	1		
	Referência e Contrarreferência					5	3,5	70,0%
	Pontuação máxima PRODUÇÃO					25	17	68%

Fonte: Autora

Olinda apresentou Desempenho satisfatório para a função *Produção*, com um percentual de 68%. Sobressaiu-se em primeiro lugar, a variável de análise “Promoção e Prevenção à saúde”, que atingiu pontuação máxima de desempenho em 3 indicadores dos 4 avaliados (Realização de busca ativa de sintomáticos dermatoneurológicos, disponibilização de vacina BCG no município e Disponibilização de material para autocuidado dos pacientes). Apenas o indicador % de ESF que vacinam todos os contatos com indicação de vacina BCG não obteve pontuação.

Entre as outras variáveis que contribuíram positivamente para o desempenho obtido na função, encontra-se “Assistência ao paciente”, representada pela pontuação satisfatória de 4 indicadores dos 5 avaliados (Existência de fluxo de entrega da medicação diretamente na Unidade, Disponibilização de poliquimioterapia (esquema básico) na USF para Hanseníase em tempo oportuno, Disponibilização de medicamentos para tratamento de reação hansênica em tempo oportuno e Disponibilidade de material de autocuidado para as ESF (Colírio lubrificante, Pedra pome ou lixa e óleo mineral hidratante de uréia). O único indicador que não obteve pontuação foi o de utilização de kits específicos e adequados para diagnóstico e para avaliação neurológica simplificada.

Na sequência, encontra-se a variável “Referência e contra referência”, com escore satisfatório de desempenho e alcance de pontuação máxima nos seguintes indicadores: Disponibilização de referência e Existência de referência em reabilitação física; Seguida da variável “Diagnóstico, Tratamento e Acompanhamento”, com alcance de pontuação máxima nos indicadores: realização de dose supervisionada para todos os pacientes em acompanhamento, Realização de avaliação GI no momento do diagnóstico, na USF, Realização de busca ativa de faltosos através de visita domiciliar e Orientação do autocuidado do paciente em tratamento. Sobressaiu-se com desempenho crítico de realização o indicador de avaliação GI no momento da cura, na USF que não obteve pontuação alguma.

A variável que apresentou Desempenho insatisfatório, e, portanto, consistiu em dificuldade para a função *Produção*, foi “*Informação em Saúde*”, com destaque para o indicador crítico de Atualização e envio mensal do boletim de acompanhamento da Hanseníase à coordenação do PCH.

6.4 Desempenho do PCH em relação à função *Manter Valores (Cultura Organizacional)*

A função Manter Valores apresenta-se de acordo com o quadro 6, a seguir:

Quadro 6 - Matriz de Desempenho do Programa de Controle da Hanseníase no município de Olinda, função *Manter Valores*

(Continua)

FUNÇÃO	FATORES	ITENS CORRESPONDENTES NO IBACO REDUZIDO	MÉDIA QUESTÃO	MÉDIA FATOR	DESVIO PADRÃO	VARIÂNCIA	PONTO DE CORTE	PONTUAÇÃO O MÁXIMA	PONTUAÇÃO MUNICÍPIO	DESEMPENHO
MANTER VALORES	Valores	Profissionalismo Cooperativo	A qualidade do serviço executado é considerada uma das maiores virtudes do profissional (15)	4,1	3,96	0,2162	0,04675	3,57	2,14	59,9%
			O esforço e a dedicação ao trabalho são qualidades bastante apreciadas (18)	3,9						
			O profissionalismo é visto como de grande virtude (21)	3,6						
			A preocupação em superar as dificuldades do dia-a-dia é vista como de grande valor (23)	4,0						
			Os profissionais que demonstram dedicação e espírito de colaboração são os melhores modelos a serem seguidos (24)	4,2						
		Rígidez na estrutura hierárquica de poder	Manda quem pode, obedece quem tem juízo (9)	3,6	2,9	0,7817	0,611	3,57	1,42	39,8%
			As oportunidades de ascensão profissionais são limitadas (19)	2,5						
			As pessoas preferem receber ordens para não terem que assumir suas responsabilidades (30)	3,9						
			O excesso de preocupação com o bem-estar é encarado como prejudicial pelos gestores (31)	2,6						
			A ascensão profissional depende de sorte (34)	2,0						
		Profissionalismo Competitivo e individualista	Somente os bons profissionais recebem benefícios que lhes garantem um melhor bem-estar (25)	2,0	2,4	0,3114	0,0970	3,57	1,42	39,8%
			A criatividade é um dos requisitos básicos para ocupação de cargos de gestão (26)	2,6						
			O crescimento profissional é considerado indispensável para permanência do profissional (27)	2,8						
			A competição é valorizada, mesmo que de forma não sadia, porque o objetivo é maior é a produtividade (33)	2,3						
			A competição é vista como indispensável à obtenção de bons resultados (35)	2,4						
		As necessidades pessoais e o bem-estar dos profissionais constituem uma preocupação constante dos gestores (3)	3,2	2,7						
			Investe-se no crescimento profissional dos funcionários (6)							

Quadro 6 - Matriz de Desempenho do Programa de Controle da hanseníase no município de Olinda, função *Manter Valores*.

FUNÇÃO	FATORES		ITENS CORRESPONDENTES NO IBACO REDUZIDO	MÉDIA QUESTÃO	MÉDIA FATOR	DESVIO PADRÃO	VARIÂNCIA	(Conclusão)				
								PONTO DE CORTE	PONTUAÇÃO O MÁXIMA	PONTUAÇÃO DO MUNICÍPIO	DESEMPENHO	
MANTER VALORES	Valores	Satisfação e bem-estar dos profissionais	Os profissionais recebem treinamento para poderem desenvolver sua criatividade (11)	4,1	3,3	0,5050		1. Não se aplica de modo algum= 0,71 2. Pouco se aplica = 1,42 3. Aplica-se razoavelmente = 2,14 4. aplica-se bastante = 2,85 5. aplica-se totalmente =3,57	3,57	2,14	59,9%	
			Programas para aumentar a satisfação dos profissionais são regularmente desenvolvidos (13)	3,3								
			Programas destinados a melhorar o bem-estar dos profissionais são implementados e testados (20)	3,2								
	Práticas	Práticas de integração externa	O atendimento as necessidades do usuário é uma das metas mais importantes (2)	4,7	4,48	0,2864		1. Não se aplica de modo algum= 0,71 2. Pouco se aplica = 1,42 3. Aplica-se razoavelmente = 2,14 4. aplica-se bastante = 2,85 5. aplica-se totalmente =3,57	3,57	2,85	79,8 %	
			Persegue-se a excelência na prestação de serviços como forma de satisfazer aos pacientes (4)	4,0								
			O acompanhamento e atendimento as necessidades dos pacientes é feito constantemente (7)	4,7								
			Mantem-se relações amigáveis com os pacientes (8)	4,5								
			As inovações em geral introduzidas para atender as necessidades dos pacientes (16)	4,5								
		Remoção e treinamento	Os profissionais que apresentam ideias inovadoras costumam ser premiados (5)	1,8	2,44	0,9940		1. Não se aplica de modo algum= 0,71 2. Pouco se aplica = 1,42 3. Aplica-se razoavelmente = 2,14 4. aplica-se bastante = 2,85 5. aplica-se totalmente =3,57	3,57	1,42	39,8%	
			Os profissionais que são premiados são os que apresentam um desempenho que se destaca dos demais (12)	1,6								
			A Distribuição de prêmios é comumente realizada entre os profissionais (17)	3,2								
			As inovações costumam ser introduzidas por meio de programas de qualidade (28)	3,8								
			Os profissionais costumam ser premiados quando alcançam metas pre-estabelecidas (32)	1,8								
		Promoção de relacionamento interpessoal	Os profissionais tem ampla liberdade de acesso aos gestores (1)	4,0	3,65	0,3416		1. Não se aplica de modo algum= 0,71 2. Pouco se aplica = 1,42 3. Aplica-se razoavelmente = 2,14 4. aplica-se bastante = 2,85 5. aplica-se totalmente =3,57	3,57	2,14	59,9%	
			Os chefes imediatos são como pais para os profissionais (10)	3,2								
			É prática comum a comemoração dos aniversários na USF (14)	3,1								
			As relações dos profissionais com os gestores são cordiais e amigáveis (22)	3,8								
			Os profissionais da ESF se relacionam como se fossem uma grande família (29)	3,6								
		Pontuação máxima MANTER VALORES								25	15,67	63%

Fonte: Autora

O município de Olinda apresentou Desempenho satisfatório para a função *Manter valores*, com um percentual de 63%. A partir deste resultado, é possível identificar, em primeiro lugar, que a variável “Práticas de Integração externa” apresentou a característica focalizada no planejamento estratégico, tomada de decisão e atendimento de acordo com as necessidades do paciente. Neste sentido, verifica-se que a média de respostas a esse fator situou-se no nível 4. *Aplica-se Bastante* da escala Likert, e conclui-se que existe uma alta preocupação referente a este elemento.

Na sequência, observou-se que a média de respostas obtidas nas variáveis *Profissionalismo cooperativo*, *Satisfação e bem-estar dos profissionais*, e *Promoção de relacionamento interpessoal* assentaram-se entre 3. *Aplica-se razoavelmente* até próximo de 4. *Aplica-se bastante*. Estes itens representam as variáveis ligadas a execução dos trabalhos com eficácia e espírito de colaboração, promoção do relacionamento interpessoal, satisfação dos profissionais e investimento em ações motivacionais dos mesmos e situaram-se também em um nível elevado da escala.

Com relação às variáveis de análise *Rigidez na estrutura hierárquica do poder* e *Profissionalismo competitivo e individualista*, as médias destes fatores ficaram situados entre 2. *Pouco se aplica* e 3. *Aplica-se razoavelmente*. Os fatores em questão condizem com a valorização do desempenho individual e valorização de uma estrutura hierárquica centralizada de gestão. Situou-se neste trecho também, a variável de análise *Recompensa e treinamento*, onde a média dos entrevistados ficou localizada entre 2. *Pouco se Aplica* e 3. *Aplica-se Razoavelmente*, indicando que as práticas vinculadas aos profissionais e treinamento destes se encontram em pouca efetividade.

6.5 Tendência dos Equilíbrios Dinâmicos ou Alinhamentos

As Tendências dos Equilíbrios se apresentam conforme a tabela 1, a seguir:

Tabela 1 - Distribuição das tendências dos equilíbrios entre as funções *Adaptação*, *Produção*, *Manter Valores* e *atingir metas*, Olinda-PE, 2018.

Equilíbrios	$(\Sigma 1 + \Sigma 2)$	Tendência do Equilíbrio
Contextual (<i>Adaptação</i> e <i>Manter valores</i>)	$15 + 15,67 = 30,67$	$30,67 - 25 = 5,67$
Estratégico (<i>Adaptação</i> e <i>Atingir metas</i>)	$15 + 8,25 = 23,25$	$23,25 - 25 = -1,75$
Alocativo (<i>Adaptação</i> e <i>Produção</i>)	$15 + 17 = 32,00$	$32,00 - 25 = 7,00$
Legitimado (<i>Manter valores</i> e <i>Atingir metas</i>)	$15,67 + 8,25 = 23,92$	$23,92 - 25 = -1,08$
Operacional (<i>Manter valores</i> e <i>Produção</i>)	$15,67 + 17 = 32,67$	$32,67 - 25 = 7,67$
Tático (<i>Produção</i> e <i>Atingir metas</i>)	$17 + 8,25 = 25,25$	$25,25 - 25 = 0,25$

Fonte: Autora

Foi possível identificar tendência do equilíbrio positiva (valores iguais a zero ou superiores) no equilíbrio *Operacional* (7,67) seguido do equilíbrio *Alocativo* (7,00); e do equilíbrio *Contextual* (5,67). O equilíbrio *Tático* também apresentou tendência do equilíbrio positiva, embora de menor valor (0,25). Destacou-se como tendência do equilíbrio negativa, os valores referentes ao equilíbrio *Estratégico* (-1,75), seguido do *Legitimado* (-1,08).

Desta forma, verificamos que o município de Olinda conseguiu o maior número de equilíbrios positivos que representavam relações entre as funções *adaptação*, *manter valores* e *produção*. Os equilíbrios negativos (*Estratégico* e *Legitimado*) foram marcados pela presença da função *atingir metas* que apresentou pior desempenho, quando da análise individual de cada função.

7 DISCUSSÃO

O modelo proposto neste estudo para a avaliação de desempenho do PCH em âmbito municipal inova ao trazer olhar integral aos processos avaliativos dos serviços de saúde que trabalham essas ações, uma vez que incorpora funções que se complementam e buscam um equilíbrio explicativo. Esta abordagem amplia o escopo dos tipos de avaliação que, tradicionalmente, restringe-se à análise de um julgamento apenas numa comparação entre aquilo que se deseja avaliar e uma situação ideal. Alguns estudos têm utilizado metodologias similares no intuito de apreender o objeto estudado o mais próximo de sua realidade (ARAÚJO, 2014; COSTA, et al., 2015; JORDÃO, 2014).

Dentre as experiências de apropriação e aplicação do modelo EGIPSS no setor saúde do Brasil, é possível identificar a avaliação de desempenho de hospitais regionais do Mato Grosso do Sul. Como resultado, a utilização do modelo possibilitou as equipes de saúde serem capazes de construir, criticar e aplicar indicadores de desempenho para avaliar as quatro funções propostas, identificar caminhos para a melhoria do desempenho de cada uma e a ferramenta de avaliação foi construída e incorporada às atividades cotidianas das unidades hospitalares (DOBASHI, 2015).

Assim sendo, esta avaliação viabilizou a sistematização e análise de indicadores relativos ao desempenho do PCH, considerando a transversalidade das ações de vigilância epidemiológica na atenção básica. Como resultado, observou-se a necessidade de superação da dicotomia entre práticas coletivas (vigilância em saúde) e individuais (assistência). Este tema, ainda nos dias atuais, é abordado de forma limitada nos serviços de saúde, que consideram as ações para a organização da atenção básica, numa relação de exterioridade à produção de um território dinâmico e de raciocínio epidemiológico (CECÍLIO; REIS, 2018).

Com relação ao desempenho do PCH municipal, identificou-se desarmonias entre as funções propostas, na medida em que *Atingir metas* apresentou resultado insatisfatório em relação às demais (*Adaptação, Produção e Manter valores*), direcionando a discussão sobre os equilíbrios *Estratégico (adaptação e atingir metas)*, *Tático (Produção e atingir metas)* e *Legitimado (manter valores e atingir metas)*. Como o modelo considera o desempenho enquanto construção multidimensional e relacional, estes resultados trazem a complementaridade entre as funções, que incluem na análise os processos de interação e a capacidade dos tomadores de

decisão de fazer os ajustes necessários para o cumprimento em sua completude das funções de um sistema de ação social como o PCH (REIS et al., 2017).

7.1 Desempenho do PCH em relação a função *Adaptação*

Na função adaptação, destacou-se positivamente a mobilização social, caracterizada pela realização de campanhas e mutirões de detecção com periodicidade determinada e envolvendo populações de risco, bem como a disponibilização de impressos e materiais técnicos como folder, cartilhas, panfletos, cartazes, produzidos pelo município. É sabida a importância da mobilização social para favorecer um maior conhecimento da doença e fortalecer os vínculos entre as ESF e os usuários e que o uso de materiais educativos permeia este processo. No entanto, estudos apontam fragilidades em relação a dinâmica dessas atividades coletivas que se mostram muitas vezes verticais e centralizadoras e o conteúdo abordado, predominantemente biomédico (SANTOS; MONTEIRO; ROZEMBERG, 2009).

Na sequência, os Recursos humanos do PCH mostraram-se fortalecidos do ponto de vista quantitativo com destaque para composição mínima completa das ESF e cobertura de todas as microáreas por ACS, existência de coordenador e pelo menos dois técnicos que trabalham no PCH, incluindo SINAN. Estes resultados apontam que o PCH consegue acompanhar as necessidades do município com abrangência de toda a população coberta, e principalmente, a qualificação do cuidado pela abordagem multiprofissional, na medida em que fornece suporte para que cada um exerça sua função específica de acordo com as suas potencialidades dentro do PCH.

No entanto, Caraciolo et al (2016) apontam que, muitas vezes, o cuidado de ações programáticas, no âmbito da Estratégia Saúde da Família acabam centralizadas no profissional enfermeiro pela sua formação que agrega habilidades administrativas, gestoras e técnicas, e desta forma, compromete a execução das ações previstas pelo acúmulo de funções e sobrecarga de trabalho e interfere diretamente no pleno desempenho de programas como o PCH (CARACIOLO; SILVA; QUININO, 2016).

Na função *Adaptação*, a aquisição de recursos materiais previstos pelo Modelo EGIPSS, não acompanhou as exigências e tendências do PCH, identificada pela dificuldade de acesso ao SINAN, computador e telefone. Esta questão é abordada na

literatura no sentido de precariedade de infraestrutura tecnológica para comunicação e informação em saúde, considerando que a raiz do problema se encontra na fragilidade e desvalorização das ações de vigilância epidemiológica inseridas na rotina dos serviços de saúde da atenção básica (CARVALHO, 2005).

Viacava *et al* (2012) corroboram esta ideia no sentido de que, os recursos serão adequados na medida em que os benefícios por sua provisão forem maiores que os prejuízos, tornando válida sua realização. De acordo com essa premissa, há de se considerar o conhecimento profissional, as práticas dos serviços de saúde e os valores prevalentes no sistema e na sociedade em que o cuidado é provido, pois estes favorecerão ou não a disponibilização de tecnologias e serviços, quantidade e distribuição espacial para o emprego das melhores práticas (VIACAVA *et al.*, 2012).

Com relação ainda a *Adaptação*, a educação permanente apresentou dificuldades de concretização. A prática de ensino-aprendizagem tem relevância quando da produção de conhecimentos no cotidiano dos serviços, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, como os problemas do dia-a-dia e experiências que questionam e promovem mudança, considerando não apenas o investimento em capacitações e atividades coletivas de aprendizado, mas também compromisso dos profissionais e comportamento proativo (SOUSA; WANDERLEY; FRIAS 2017). Em relação a esta abordagem, autores propõem que a análise da adequação do cuidado à saúde considere não apenas o emprego das melhores práticas, mas também se as ações estão baseadas em conhecimentos tecnológicos atualizados, bem fundamentados e adequados a realidade local (SMITH; MOSSIALOS; PAPANICOLAS, 2008; VIACAVA *et al.*, 2012).

Ao analisar a conexão entre as funções *Adaptação e Atingir metas*, foi identificado o *Equilíbrio Estratégico* negativo, indicando deficiência ou desarmonia nesta relação. Achados relacionados a estes resultados podem ser observados em uma avaliação de desempenho do sistema de saúde brasileiro, em qual a “Adequação”, incluindo fatores de adaptação de recursos materiais e de ações que promovem inovação e transformação de acordo com as necessidades da população, apresentou-se pior do que outras, como “Acesso” e “efetividade” (VIACAVA, 2012).

7.2 Desempenho do PCH em relação a função *Atingir Metas*

O desempenho insatisfatório da função Atingir Metas em relação às outras funções remete ao desafio do alcance das metas para o controle da hanseníase, que é típico das regiões endêmicas como o município de Olinda-PE. Este resultado reforça a ideia de que a adesão às normas e produção de serviços nem sempre se traduzem em indicadores de resultados favoráveis. Tal realidade deve considerar a recente incorporação da hanseníase à atenção básica e a sua natureza histórico-antropológica e social complexa que transcende os aspectos biológicos, como a percepção do paciente, o estigma, o tratamento realizado em unidades referência até relativamente pouco tempo, entre outros. E que, apesar dos esforços empreendidos, influenciam indicadores como Cura, Abandono do tratamento e Exame de contatos intradomiciliares (CAVALCANTI et al., 2006).

Com relação aos indicadores de eficácia do PCH, a análise e repasse da informação em Saúde, o planejamento e o monitoramento e avaliação das ações foram os mais comprometidos, traduzidos por falhas no fluxo das notificações e dos boletins de acompanhamento mensal, e deficiência na análise periódica de indicadores e supervisão das ESF pela coordenação do PCH. Estes achados sugerem dificuldades principalmente no tocante ao acompanhamento do PCH sob numa visão macro, cujo fundamento se pauta pelo alcance de seus objetivos fundamentais.

Em relação a isto, autores compreendem estas atividades como parte de um contínuo processo avaliativo, que tem a finalidade de observar se as ações estão sendo executadas como o planejado e como meio para o alcance dos resultados. Consideram que esses problemas vão além de questões operacionais, perpassando pela pouca habilidade dos gestores locais em monitoramento e avaliação, e falta de prioridade na execução da destas atividades (ALENCAR, 2014).

Entre os indicadores de efetividade do PCH, se observou altos coeficientes de detecção e prevalência, com a detecção ultrapassando o de prevalência. Este achado é característico de países endêmicos e está em concordância com o perfil esperado para as regiões em fase de eliminação, devido a fatores como a substituição da detecção passiva pela busca ativa e aumento da sensibilidade dos serviços de saúde (SOBRINHO; MATHIAS, 2008). Aliado a isto, os baixos registros de detecção de grau II de incapacidade, tanto no diagnóstico como na cura se destacaram positivamente,

uma vez que apontam para menor impacto de formas clínicas agressivas sobre a população, diagnóstico precoce e tratamento efetivo.

No entanto, ao considerar fatores como a manutenção da endemia e persistência de transmissibilidade da doença no município, Cauás (2017) aponta que altas taxas de detecção e baixo registro de casos com incapacidade física grau II não excluem a possibilidade de existência de focos não identificados com predominância de formas clínicas brandas (CAUÁS, 2017).

Quanto aos indicadores de Cura e Exames de contatos, que são essenciais para a avaliação da efetividade do tratamento, constatou-se a dificuldade do PCH de Olinda em atingir as metas preconizadas pelo MS. Classificação semelhante foi observada em um município hiperendêmico do Maranhão, onde estes indicadores foram precários e os resultados estão atrelados ao despreparo dos profissionais para a garantia da adesão do tratamento e às fragilidades operacionais de controle da doença (GOIABEIRA et al., 2018).

Ao analisar especificamente o indicador crítico de exame de contatos e a alta taxa de detecção em Olinda, é possível inferir, então, sobre a realização de ações de vigilância, busca ativa e detecção sem um raciocínio epidemiológico de risco que deveria direcionar o olhar dos profissionais principalmente para os contatos intradomiciliares.

7.3 Desempenho do PCH em relação à função *Produção*

Na função Produção, as ações de promoção/prevenção à saúde apresentaram o melhor resultado, indicando a realização de busca ativa de casos, o diagnóstico precoce e a promoção do autocuidado em hanseníase. É possível que estas ações estejam ligadas a fatores de Adaptação do PCH como, alta cobertura pelas ESF, descentralização das ações, campanhas e divulgação nos meios de comunicação. Essas premissas explicariam o Equilíbrio Alocativo (produção e adaptação) positivo, caracterizando alto potencial do município em fomentar a adesão da comunidade ao PCH e a aceitação da doença na localidade.

Entretanto, autores concluíram que os serviços de saúde da atenção básica que trabalham com hanseníase ainda seguem uma linha de centralização do PCH, voltada ao atendimento curativo e não de promoção e prevenção (ARANTES et al., 2010).

Entre os indicadores de promoção e prevenção a saúde, apenas a vacinação BCG nos contatos com indicação apresentou-se comprometida. Resultado semelhante foi encontrado em um estudo que avaliou a vigilância de contatos de hanseníase, a nível municipal. A maioria (63,16%) não foi avaliada e entre os avaliados, apenas 19,55% possuíam duas cicatrizes de BCG e 3,76% evoluíram para casos secundários. Aliado a isto, houve maior proporção de avaliação entre os que possuíam duas cicatrizes e, entre os não avaliados, predominou os que não apresentavam cicatriz. Estes resultados reforçam o potencial dos contatos frente a manutenção da transmissão da doença e o risco pela vulnerabilidade dos susceptíveis às formas graves da hanseníase (LOBATO; NEVES; XAVIER, 2016).

A produção de serviços relacionados à assistência obteve bons resultados com relação ao fluxo de entrega da medicação em tempo oportuno e disponibilidade do tratamento a nível da USF, caracterizando facilidade do acesso ao tratamento para hanseníase no município. Em relação a isto, observa-se redução das desigualdades sociais de acesso aos cuidados de saúde de menor complexidade, como consultas, exames e medicações pela mudança do modelo de atenção, bem como redução das desigualdades entre áreas urbanas e rurais (VIACAVA, 2012).

Com relação ao Diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos casos, observou-se bons resultados referentes à realização do diagnóstico na unidade, prática de dose supervisionada, avaliação neurológica no diagnóstico, busca ativa de faltosos e orientações sobre o autocuidado. Apenas a avaliação neurológica na cura ficou comprometida. O que aponta para a fragilidade das ações de acompanhamento do PCH a nível de atenção básica para além do período de tratamento da doença.

Esta realidade pode ser confrontada com as evidências de que mesmo após a alta, os pacientes estão propícios a manter ou até agravar incapacidades físicas, necessitando de acompanhamento periódico e impreterivelmente a realização de avaliação neurológica simplificada no momento da cura (SANTANA et al, 2018; LANA; RIBEIRO 2015). Em um estudo que avaliou a incapacidade física em portadores de hanseníase, evidenciou-se aumento de 5% nos portadores de grau 0, por consequente queda nos grupos de grau I e II, indicando discreta melhora. Entretanto, pacientes de grau III se mantiveram em 1% (FARIA et al., 2015).

Na sequência, a variável Referência e Contra referência pontuou positivamente quanto a Disponibilização do atendimento, inclusive para reabilitação física. Os ganhos destes achados são compreendidos na medida em que se considera a

possibilidade de atendimento dos pacientes conforme necessidades, inclusive com o acesso a medidas específicas que apresentam maior potencial de gerar resultados. Entretanto, é importante considerar as evidências de processos de trabalho da atenção básica que utilizam as unidades de referência não apenas em casos específicos, mas para tratamento de todos os casos que a ESF diagnostica (LANA; RIBEIRO, 2015).

As atividades relacionadas a informação em saúde foram as mais comprometidas, como o preenchimento adequado do livro de registro para tratamento dos casos e atualização e envio mensal dos boletins de acompanhamento pelas ESF. Estes resultados reforçam os achados da função Adaptação, de maneira negativa. Desta forma, percebe-se haver comprometimento total das atividades relacionadas a essa temática, tanto no quesito produção dos serviços quanto na gestão deles.

Ao analisar a relação entre as funções Produção e Atingir metas, observou-se o equilíbrio Tático positivo, indicado harmonia nesta relação. Ao entender a capacidade de produzir cuidados e serviços, considerando o volume e a qualidade destes para o alcance de metas, é preciso analisar os atributos destes processos que favorecem o melhor resultado possível relacionado aos conhecimentos, à tecnologia, às expectativas e às normas sociais.

De acordo com essa premissa, autores apontam que a produtividade de ações e serviços exige, antes de tudo, gerência, coordenação e planejamento, possibilitando a gestão dos instrumentos disponíveis, controle e melhorias de cada um dos processos, e aplicação do conceito de cadeia de valor. Isto é, uma sequência de processos de produção relacionados entre si, dos insumos à produção de serviços até a prestação destes ao usuário, fazendo com que a rede de saúde local funcione como equipe (SAVASSI, 2012).

No entanto, avaliar essas relações entre capacidade produtiva dos serviços e os indicadores epidemiológicos parece ser assunto ainda pouco estudado e comentado na literatura. Ainda não é possível afirmar que estratégias de intervenções operacionais como descentralização do diagnóstico e tratamento dos casos na atenção básica conduza efetivamente para a eliminação da doença (ARANTES et al., 2010).

7.4 Desempenho do PCH em relação à função *Manter valores*

Por fim, a Função *Manter Valores*, também apresentou desempenho satisfatório, indicando o fortalecimento da cultura organizacional do PCH, principalmente sobre *Práticas de Integração externa*. Isto é, atuação dos profissionais focalizada no paciente de hanseníase, com atendimento das suas necessidades, busca da excelência na prestação dos serviços a este público e procura por manter relações amigáveis com os mesmos. Esses achados são plausíveis, na medida em que se considera que ESF tem agregado princípios fundamentais para um cuidado abrangente, como a valorização da equidade e da integralidade da atenção. E, no aspecto técnico-assistencial tem se destacado pelo trabalho multidisciplinar, com enfoque familiar, que valoriza o acolhimento, o vínculo, a humanização e a orientação comunitária (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Na sequência, observou-se bons resultados quanto ao *Profissionalismo cooperativo, relacionamento interpessoal e Satisfação e bem-estar dos funcionários*. Os profissionais valorizam o esforço e dedicação ao trabalho, veem o profissionalismo como virtude e se preocupam em superar as dificuldades do dia a dia, demonstrando espírito de colaboração. Alguns autores destacam a importância desses elementos no planejamento estratégico e tomada de decisões na medida em que as necessidades em saúde são captadas a partir do atendimento profissional e articuladas com a gestão para o cuidado em saúde ampliado, dos indivíduos e da população (JUNGES; BARBIANI; ZOBOLI, 2015).

Neste sentido, o espírito de colaboração interfere principalmente nas situações em que os problemas ultrapassam à capacidade resolutive individual e necessitam da gestão em saúde no território para reconhecimento do problema enquanto responsabilidade sanitária. Assim, os profissionais são politizados e trazidos ao coletivo, à trama de relações sociais que são capazes de direcionar uma resolução (JUNGES; BARBIANI; ZOBOLI, 2015).

As variáveis que menos pontuaram na função *Manter valores* foram *Rigidez na estrutura hierárquica de poder, Profissionalismo Competitivo e individualista e Recompensa e treinamento*. Estes resultados são positivos, pois representam fragmentação do cuidado e dificultam o trabalho em equipe. Em contraposição a estes achados, em um estudo que avaliou a cultura organizacional em instituições públicas de saúde, observou-se predominância da cultura hierárquica nas USF. Entre as

justificativas, considerou-se as tradicionais regras do funcionalismo público, que até recentemente regiram o SUS (CRUZ; FERREIRA, 2012).

De acordo com o exposto, entre os fatores que contribuem para rigidez e burocracia dos serviços públicos de saúde, Savassi (2012) aponta a remuneração dos servidores públicos por cargos ou carreira, que inviabilizam meios de recompensa de acordo com a qualidade do serviço prestado e maior integração por parte dos profissionais à cultura das organizações públicas (SAVASSI, 2012).

Uma vertente que pode ser considerada para justificar os resultados deste estudo, encontra subsídios nos achados de Colombelli, 2009, que retrata a possibilidade de coexistência de práticas e valores distintos em uma mesma organização: uma aparentemente declinante (burocrática, autoritária e centralizadora e outra aparentemente ascendente (empreendedora, aberta ao exterior e proativa), reflexo talvez da dicotomia existente entre quadros de servidores antigos e recentes (COLOMBELI, 2009).

Ao analisar as funções Manter valores e Atingir metas, identificou-se o Equilíbrio Legitimado positivo. Neste caso, a harmonia da relação seria caracterizada pela influência da cultura organizacional do sistema no planejamento de ações integradas e de monitoramento e avaliação contínuas, que contribuem para a obtenção de melhores resultados. De acordo com essa premissa, autores corroboram estes achados, quando apontam que as ações de controle da hanseníase na atenção primária são determinadas pela priorização deste agravo na política municipal de saúde, pelo modelo descentralizado das ações de controle e pela presença de profissionais de saúde capacitados e comprometidos (LANZA; LANA, 2011).

No entanto, na prática, evidencia-se o distanciamento entre o que ocorre no território e as ações planejadas. A ausência de coordenação qualificada para o direcionamento das ações de controle da hanseníase em nível municipal, e de suporte político que valorize a integração dessas ações, são reflexos da priorização destes na política municipal de saúde e do comprometimento dos gestores nestas questões (LEAL et al., 2017).

8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

É necessário considerar que a percepção de usuários e profissionais pode diferir quanto ao desempenho do PCH no município. Evidências mostraram que na visão dos profissionais, os serviços são fortemente orientados para a realização das ações de controle da hanseníase, já os usuários discordam. (BARBOSA, 2017). Com base nisto, há de se considerar a limitação deste estudo em não aferir a percepção dos usuários, e somente dos profissionais.

Outra limitação da análise diz respeito ao subregistro de informações no sistema de informação de hanseníase, que pode contribuir para o não alcance de melhores resultados na função *Atingir metas*. Uma vertente que parece ser promissora é a exploração do desempenho dos serviços de saúde por meio de indicadores referentes aos determinantes sociais da saúde e dimensionar o papel que pode ser atribuível ao desempenho do PCH.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PCH é um programa complexo que apresenta um amplo espectro de atividades relacionadas à promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde e envolve diversos setores como assistência, vigilância, laboratórios e imunização; que precisam trabalhar integrados para o seu pleno funcionamento.

Aliado a estas características, o processo histórico de controle da hanseníase permeado pelo estigma e percepção dos profissionais, pacientes e familiares, bem como a conformação complexa do sistema de saúde na atenção básica que envolve diferentes atores, trazem consigo um desafio extra na concepção, delimitação do objeto a ser avaliado e seleção de indicadores para avaliação de desempenho.

De acordo com essas premissas, esta avaliação viabilizou a sistematização e análise de indicadores relativos ao desempenho do PCH, considerando principalmente a concepção abrangente do termo e utilizando-se de um modelo multidimensional capaz de captar a variedade de aspectos determinantes para este fim avaliativo.

Assim sendo, foi possível concluir sobre o desempenho de Olinda, que as ações relacionadas à *Produção*, *Manter valores*, e *Adaptação*, cooperaram para o bom desempenho do PCH no município. Por outro lado, os indicadores relacionados à eficácia e efetividade do programa, que mensuram a capacidade do PCH em atingir seus objetivos fundamentais e a eliminação da hanseníase enquanto problema de saúde pública apresentaram-se fortemente comprometidos.

No tocante aos equilíbrios, ao analisar a relação do desempenho insatisfatório da função Atingir metas, com as outras funções, os achados mostraram que fatores como cultura organizacional e a adaptação do PCH frente às necessidades da população podem interferir negativamente para o alcance das metas em maior escala do que a produção de ações e serviços.

Para além da aferição e classificação dos resultados referentes ao Desempenho do PCH, o presente estudo permitiu identificar fragilidades e lacunas em importantes funções/dimensões, bem como as estratégias para sua melhoria.

Contudo, vale lembrar que novas intervenções instituídas causarão novas configurações de desempenho. Além do mais, a avaliação entendida como uma construção social necessita de um permanente processo de discussão e negociação. Cada etapa de sua operacionalização precisa ser debatida com os interessados para

que ela possa fazer sentido e seja usada posteriormente. Com isso, fomenta-se o aprendizado pessoal e organizacional, não apenas com os resultados da avaliação, mas também durante o processo de sua execução.

Por fim, destaca-se a importância do contexto político, econômico e social no desempenho das organizações de saúde e os limites das intervenções técnico gerenciais em interferir na capacidade dos serviços em melhorar a saúde da população. Lidar com essa situação de incerteza e complexidade é essencial para a avaliar organizações de saúde com alto nível de desempenho.

REFERÊNCIAS

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.

ALENCAR, O. M. Monitoramento e Avaliação em hanseníase: desafios e perspectivas para gestão de qualidade. In: ALVES E.D.; FERREIRA, T.L.; FERREIRA, I.N.H. **Hanseníase: avanços e desafios**. Brasília: Universidade de Brasília, 2014.

ARAÚJO, J.M. **Avaliação de desempenho da vigilância Epidemiológica municipal: um enfoque sobre a atenção básica à saúde**. 2014. Dissertação (Mestrado em Avaliação em Saúde) - Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife, 2014.

ASSEMBLEIA MUNDIAL DA SAÚDE. **Eliminação da Hanseníase: resolução da 44ª Assembleia Mundial da Saúde**. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 1991 (Resolution WHA, n. 44.9).

ARANTES, C.K. et al. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 19, n. 2, p. 155-164, 2010.

ARANTES, L.J.; SHIMIZU, H.E.; MERCHÁN-HAMAN, E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 21, n. 5, p. 1499-1509, 2016.

BARBOZA, N.A. **Avaliação da atenção primária à saúde no controle da hanseníase: percepção dos usuários e profissionais de saúde em uma capital brasileira**. 2017. Dissertação (Mestrado em Ciências e Saúde) - Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2017.

BARROS, N.F. et al. A produção de sínteses com evidências qualitativas: uma revisão de métodos e técnicas. In: ONOCKO R.C.; FURTADO, J.F. (org). **Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde**. Campinas: Unicamp, 2011. p. 121-134.

BENCHIMOL, J. L. **Pereira Passos: um Haussmann tropical**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esportes, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de Editoração, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de vigilância epidemiológica. Programa nacional de eliminação da hanseníase. Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006-2010. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Cadernos de Atenção Básica, n. 21).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.125, de 7 de outubro de 2010. Aprova as diretrizes para Vigilância, Atenção e Controle da Hanseníase. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 out. 2010. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt3125_07_10_2010.html>

Acesso em: 10 out. 2017.

BRASIL. Ministério de Saúde. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2011. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm>

Acesso em: 08 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Plano integrado de ações estratégicas de eliminação da hanseníase, filariose, esquistossomose e oncocercose como problema de saúde pública, tracoma como causa de cegueira e controle das geohelmintíases: plano de ação 2011-2015**. Brasília, 2012. (Série C. Projetos, programas e relatórios).

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO [DA] SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Brasília: Ministério da saúde, v. 44, n. 11, 2013.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO [DA] SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Brasília: Ministério da saúde, v. 47, n. 29, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Hanseníase e Doenças em Eliminação. **Percentual de cura nas coortes de casos novos de hanseníase Estados e regiões, Brasil, 2001 a 2012**. Brasília, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Registro ativo: número e percentual, Casos novos de hanseníase: número, coeficiente e percentual, faixa etária, classificação operacional, sexo, grau de incapacidade, contatos examinados, por estados e regiões, Brasil, 2013**. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Exercício de Monitoramento da Eliminação da hanseníase no Brasil – LEM–2012**. Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da Hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional**. Brasília, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde**. Brasília, 2017. v. 2.

CABRAL, D. **Lepra: medicina e políticas de saúde no Brasil (1894-1934)**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.

CARVALHO, E.F. et al. Avaliação da Vigilância Epidemiológica em âmbito municipal. **Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil**. Recife. v. 5, n. 1, p. 553-562, 2005.

CAUÁS, R.C. **Estudo de tendência temporal da hanseníase no Recife no período de 2001 a 2015**. 2017. Dissertação (Mestrado em Medicina Tropical) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2017.

CARACIOLO, M.F; SILVA, D.M; QUININO, L.R.M. Avaliação normativa das ações dos enfermeiros da saúde da família no controle da esquistossomose em Pernambuco. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p.153-168, 2016.

CAVALCANTE, M. G. S. et al. Análise de implantação das áreas estratégicas da atenção básica nas equipes de Saúde da Família em município de uma Região Metropolitana do Nordeste Brasileiro. **Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil**, Recife, v. 6, n. 4, p. 437-445, 2006.

CHAMPAGNE F et al. A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A. et al (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 291-292.

CHAVES, H.L.A. **Avaliação de políticas públicas em múltiplos olhares e diferentes praxis**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2014.

CECILIO, L.C.O.; REIS, A.A.C. Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n.8, p.1-14, 2018.

COHEN, E; FRANCO, R. **Avaliação de projetos sociais**. 8. ed. Petrópolis, RJ : Vozes, 2008.

COLOMBELLI, R.L. **Avaliação dos valores e práticas que caracterizam a cultura organizacional da Secretaria Judiciária do Superior Tribunal de Justiça (STJ)**. 2009. Monografia (Especialização em Gestão Judiciária) - Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

CONTANDRIOUPOULOS, A. P. **A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos**. In HARTZ, Z. M. A., org. **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 132-133.

CORREA, C.M. **Avaliação do programa de controle da hanseníase no município de Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil**. 2016. Dissertação (mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

COSTA, J.M.B.S.C. et al. Avaliação do desempenho estadual da vigilância em saúde de Pernambuco. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1141-1163, 2015.

CRUZ, S.G.; FERREIRA, M.M.F. Percepção da cultura organizacional em instituições

públicas de saúde com diferentes modelos de gestão. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v.3, n. 6, p.308-314, 2012.

CRUZ, M.M. **Avaliação de políticas e programas de saúde**: contribuições para o debate. Caminhos para análise das políticas de saúde. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015. (Série INTERLOCUÇÕES. Práticas, experiências e pesquisas em saúde).

CUNHA, A. Z. S. Hanseníase: aspectos da evolução do diagnóstico, tratamento e controle. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 235-242, 2002.

DAXBACHER E. L. R.; FERREIRA, I. N. **Epidemiologia da Hanseníase**. In: ALVEZ, E.D.; FERREIRA, T. L.; FERREIRA, I. N. Hanseníase: avanços e desafios. Brasília: NESPROM, 2014.cap.3.

DESLANDES, S.F., MENDES, C.H.F., PIRES, T.O. Use of the Nominal Group Technique and the Delphi Method to draw up evaluation indicators for strategies to deal with violence against children and adolescents in Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil**, Recife, v.10, p. 29-37, 2010.

DOBASHI, B.F. et al. Aplicação do modelo Egipss nos hospitais regionais de Mato Grosso do Sul. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro. v. 40, n.107, p. 1162-1172, 2015.

DUARTE, M. S. **Avaliação do desempenho da vigilância epidemiológica nas regiões de saúde em Pernambuco no ano de 2012**. 2014. Dissertação (Mestrado em Avaliação em Saúde) - Instituto de Medicina integral Prof. Fernando Figueira, Recife, 2014.

DUBOIS, C.A., CHAMPAGNE, F., BILODEAU, H. **Histórico da avaliação**. In: BROUSSELLE, A. (Org.) Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

FARIA, C.R.S. et al. Grau de incapacidade física de portadores de hanseníase: estudo de coorte retrospectivo. **Arquivos Ciências da Saúde**, São José do Rio Preto, v. 22, n. 4, p.58-62, 2015.

FIGUEIRÓ, A.C., FRIAS, P.G., NAVARRO, L.M. **Avaliação em Saúde: Conceitos Básicos para a Prática nas Instituições**. In: SAMICO, I. Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. (Org.) Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

GARCIA, L. P. et al. **Epidemiologia das Doenças Negligenciadas no Brasil e Gastos Federais com Medicamentos**. Rio de Janeiro: IPEA, 2011. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1607.pdf>. Acesso em: 10 out. 2017.

GOES, P. S. A.; FIGUEIREDO, N. **Conceitos, teorias e métodos da avaliação em saúde**. In: GOES, P. S. A. de; MOYSÉS, S. J. (Org.). Planejamento, gestão e avaliação em saúde bucal. São Paulo: Artes Médicas, cap. 13, p. 157 – 166, 2012.

GOIABEIRA, Y.N.L.A. et al. Programa de controle da hanseníase em capital hiperendêmica: uma avaliação operacional. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador. v. 32, p. 1-9, 2018.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Avaliação de quarta geração**. Campinas: Ed. Unicamp, 2011.

HARTZ, Z. M.A.; SILVA, L. M. S. **Avaliações em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

JORDÃO, J.R.M.B. **Avaliação de desempenho das ações de controle da esquistossomose na atenção básica em um município endêmico da zona da mata Pernambucana**. 2014. Dissertação (Mestrado em Avaliação em Saúde) - Instituto de Medicina integral Prof. Fernando figueira, Recife, 2014.

JUNGES, J.R.; BARBIANI, R.; ZOBOLI, E.L.C.P. Planejamento Estratégico como exigência ética para a equipe e a gestão local da Atenção Básica em Saúde. **Interface: comunicação, saúde e educação**, Bocucatu, v. 19, n. 53, p. 265-274, 2015.

LANZA, F. M. O processo de trabalho em hanseníase: tecnologias e atuação da equipe de saúde da família. **Texto e Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 20, p. 238-246, 2011.

LANZA, F. M. O estigma em hanseníase e sua relação com as ações de controle. **Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria**, Rio Grande do Sul, v. 4, n. 3, p. 556-565, 2014.

LEAL, D.R. et al. Programa de Controle da Hanseníase: uma avaliação da implantação no nível distrital. **Saúde em debate**, Londrina, v. 41, p.209-228 , 2017.

LIMA, Z. S. et al. A prevenção e o controle da hanseníase: um desafio para o enfermeiro da atenção básica. **Carpe Diem: Revista Cultura e Científica do UNIFACEX**, Rio Grande do Norte, v. 11, n. 11, p. 1-16, 2013.

LOBATO, D.C.; NEVES, D.C.O.N.; XAVIER, M.B. Avaliação das ações da vigilância de contatos domiciliares de pacientes com hanseníase no Município de Igarapé-Açu, Estado do Pará, Brasil. **Pan-Amazônica de Saúde**, Belém, v. 7, n. 1, p.45-53, 2016.

LOCKWOOD, D. N. J.; SUNEETHA, S. Leprosy: too complex a disease for a simple elimination paradigm. **Bulletin of The World Health Organization**, Genebra, p. 230-235 2005. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/83/3/230.pdf>>. Acesso em: 14 out. 2017.

LOPES, V. A. S.; RANGEL, E. M. Hanseníase e vulnerabilidade social: uma análise do perfil socioeconômico de usuários em tratamento irregular. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 817-829, 2014.

MACIEL, L. R. **Em proveito dos sãos, perde o lázaro a liberdade: uma história das políticas públicas de combate à lepra no Brasil (1941-1962)**. 2007. Tese

(Doutorado em História Social) - Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2007.

MACIEL, L. R.; FERREIRA, I. N. **A presença da hanseníase no Brasil – alguns aspectos relevantes nessa trajetória.** In: ALVEZ, E.D.; FERREIRA, T. L.; FERREIRA. Hanseníase: avanços e desafios. Brasília: NESPROM, 2014. Cap 1.

MARZLIAK, M. L. C. Breve histórico sobre os rumos do controle da Hanseníase no Brasil e no Estado de São Paulo. **Hansenologia Internationalis**, v. 33, n. 2, p. 39-44, 2008.

MEDINA, M. G. et al. **Usos de modelos teóricos na avaliação em saúde: Aspectos conceituais e operacionais.** In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. DA. Avaliação em Saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 41-74.

MUÑOZ CUENCA, G. A. Un nuevo paradigma: La quinta generación de evaluación. **Laurus Revista de Educación.** Caracas, v. 13, n. 23, p. 158-198, 2007.

OLIVEIRA, K. S. et al. Avaliação dos indicadores epidemiológicos e operacionais para a hanseníase em municípios prioritários no estado do Paraná, 2001 a 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.24, n.3, p.507-516, 2015.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Brasil: Determinantes e desigualdades em saúde.** Washington, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Weekly epidemiological record.** 36. ed. Geneva, 2015.

PAIM, J. S. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: ROYQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde.** Rio de Janeiro: Medsi, 2003, p.567-586.

PATTON, M.Q. **Qualitative research & evaluation methods.** Thousands Oaks: Sage, 2002.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. **Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas. Pernambuco 2011-2014**, 2.ed, Recife: SANAR, 2014, p.26-28.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. **Plano Integrado de Ações para o Enfrentamento às Doenças Negligenciadas 2015- 2018. 1 ed.** Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 2015.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. **Programa de enfrentamento das doenças negligenciadas no estado de Pernambuco – 2011/2014**, Recife, 2013.

PINHEIRO, M. M. O. **Hanseníase em registro ativo no município de Passos, MG - Brasil 2006.** 2007. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde) - Universidade

de França, São Paulo, 2007.

PEREIRA, A. J. et al. Atenção básica de saúde e a assistência em Hanseníase em serviços de saúde de um município do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 61, p. 718-726, 2008.

REIS, A. C. et al. Estudo exploratório dos modelos de avaliação de desempenho em saúde: uma apreciação da capacidade avaliativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 330-344, 2017.

RIBEIRO, G.C.; LANA, F.C. Incapacidades físicas em hanseníase: caracterização, fatores relacionados e evolução. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 3, p.496-503, 2015.

RIBEIRO, M.D.A.; SILVA, J.C.A.; OLIVEIRA, S.B. Estudo epidemiológico da hanseníase no Brasil: reflexão sobre as metas de eliminação. **Revista Pan-americana de Saúde Pública**. v. 42, p.1-6, 2018.

SAMPAIO, P. P. et al. Programa de Controle da Hanseníase no Brasil: avaliação por profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 273- 287, 2009.

SANTANA, E.M.F. et al. Deficiências e incapacidades na hanseníase: do diagnóstico à alta por cura. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 20, p.1-11, 2018.

SAVASSI, L.C.M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. **Revista Brasileira de medicina, família e comunidade**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 23, p. 69-74, 2012.

SILVA, R.R. et al. **Avaliações sob Medida – Produzir Estudos Relevantes em Serviços de Saúde Reais**. In: TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L.; LOCATELLI, E. A. (Org.) **Avaliação em Saúde: Contribuições para Incorporação no Cotidiano**. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017, cap. 3.

SOBRINHO, R.A.S.; MATHIAS, T.A.F. Perspectivas de eliminação da hanseníase como problema de saúde pública no Estado do Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 303-314, 2008.

SOUZA, M.F.; VANDERLEY, L.C.M.; FRIAS, P.G. Avaliação da implantação do Programa de Controle da Hanseníase em Camaragibe, Pernambuco. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.26, n.4, p. 817-834, 2017.

SCHNEIDER, P.S.; FREITAS, B.H.B.M. Tendência da hanseníase em menores de 15 anos no Brasil, 2001-2016. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.34, n.3, p. 1-11, 2018.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS A. L. Q. **Modelos de Atenção à Saúde no SUS: Transformação, Mudança ou Conservação?** In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014, p. 287-302.

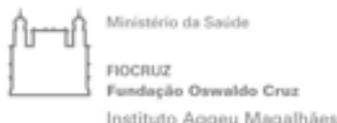
VELLOSO, A. P.; ANDRADE, V. A. **Hanseníase: curar para eliminar**. Porto Alegre: Edição das Autoras, 2002.

VIACAVA et. al. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 921-934, 2012.

VIEIRA, G. D. et al. Hanseníase em Rondônia: incidência e características dos casos notificados, 2001 a 2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 269-265, 2014.

APENDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012-CNS/CONEP)

Título da Pesquisa: Avaliação de Desempenho do Programa de Controle da Hanseníase em dois municípios endêmicos de Pernambuco

Instituição: Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) /Instituto de Pesquisas Aggeu Magalhães (IpqAM) | Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC)

O Sr. Está sendo convidado a participar do estudo acima referido, na qualidade de entrevistado, que tem como objetivo avaliar o Desempenho do Programa de Controle da hanseníase em dois municípios endêmicos de Pernambuco.

Trata-se de um estudo avaliativo, que utilizará como eixo condutor a avaliação de desempenho de acordo com o modelo de avaliação global e integral da performance de sistemas de saúde –EGIPSS que será adaptado para avaliar o Programa de Controle da hanseníase no tocante à qualidade técnica com que são desenvolvidas as ações propostas. Será utilizado um questionário construído a partir das normas preconizadas por instrumentos e serão realizadas entrevistas com sujeitos chaves.

Quanto aos riscos e desconfortos, o estudo pode ocasionar possíveis constrangimentos durante resposta ao questionário da coleta de dados, no entanto o (a) senhor (a) tem garantido:

1. O direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida acerca de todos os procedimentos e benefícios relacionados com a pesquisa.
2. A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga nenhum prejuízo à sua pessoa, nem custo algum ao participante.
3. A segurança de que não será identificado(a) em hipótese alguma e que será mantido o caráter confidencial da informação prestada.

Quanto aos benefícios, o (a) senhor (a) ao participar desse processo avaliativo, poderá contribuir para o redirecionamento das atividades de controle da hanseníase que são desenvolvidas neste município, e conseqüentemente contribuir para a promoção, prevenção e controle da saúde dos pacientes acometidos por esta doença.

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste centro de pesquisas, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.670-420, através do telefone (81) 2101-2639 ou pelo e-mail:

Av. Prof. Moraes Rego, s/n - Cidade Universitária - Campus da UFPE, Recife - PE, CEP. 50.740-465
Telefone: (81) 2101.2500 / 2101.2500. www.cpqam.fiocruz.br

APENDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (continuação)



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Instituto Aggeu Magalhães

comiteetica@cpqam.fiocruz.br.”

Para outros esclarecimentos, poderá entrar em contato com a professora Sydia Rosana de Araújo Oliveira. Telefone: (81) 9 9703-8153, ou com a pesquisadora Morgana de Freitas Caraciolo pelo telefone (81) 9 8999-7299.

Esclarecemos ainda que os resultados obtidos por esta pesquisa serão utilizados exclusivamente para publicações e encontros técnicos e científicos, tais como: artigos em revista científica, congressos, reuniões técnicas e científicas. Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento em duas vias. Uma dessas vias ficará em seu poder e a outra deverá permanecer com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Eu, _____ entendi o conteúdo deste termo de consentimento e aceito participar da pesquisa acima referida como entrevistado.

Pesquisadora: _____

Entrevistado: _____

Data: ____ / ____ / ____

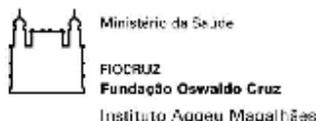
APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA PARA COLETA DE DADOS - ATENÇÃO BÁSICA



INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO DOS MUNICÍPIOS ENDEMICOS PARA HANSENIASE EM PERNAMBUCO				
Pesquisador: _____				
Data da Visita: _____				
Horário da Visita: _____				
Município: _____				
Nome da US: _____				
A equipe de saúde está completa? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Nº de ACS: _____				
Existe área descoberta de ACS? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Quantas? _____ Microárea (s)				
Nº de pessoas cadastradas na USF: _____				
PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENIASE – ATENÇÃO BÁSICA				
BUSCA ATIVA DE CASOS	Situação		Situação	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Realiza busca ativa de sintomáticos dermatoneurológicos de rotina na população geral?			Dispõe de serviço de referência secundária (municipal)?	
Realiza busca ativa de casos de hanseníase na população <15 anos?			Utiliza formulário de referência-contrarreferência específico para hanseníase?	
Utiliza algum registro dessas atividades de busca de casos de hanseníase?			Recebe o boletim de acompanhamento mensal do Sinan?	
DIAGNÓSTICO			Se "Sim", atualiza as informações e devolve a coordenação?	
Sabe realizar o exame dermatoneurológico? (Térmico, doloroso e tátil)			Preenche adequadamente as informações no livro de Registro e controle de tratamento dos casos de Hanseníase?	
Quantos pacientes foram diagnosticados na UBS?			Dispõe de serviço de reabilitação física (para os pacientes que precisam)?	
Realiza avaliação dermatoneurológica dos casos suspeitos de hanseníase?			Realiza avaliação do GI no momento da alta (cura)?	
Sabe realizar avaliação do Grau de incapacidade?			Dispõe de serviço de referência secundária (municipal)?	
Os pacientes em acompanhamento tiveram o GI avaliado no diagnóstico?			Utiliza formulário de referência-contrarreferência específico para hanseníase?	
Utiliza o formulário para avaliação do GI?			Recebe o boletim de acompanhamento mensal do Sinan?	
ACOMPANHAMENTO			Se "Sim", atualiza as informações e devolve a coordenação?	
Realiza a dose supervisionada?			Preenche adequadamente as informações no livro de Registro e controle de tratamento dos casos de Hanseníase?	
A consulta de acompanhamento do paciente é mensal?			Dispõe de serviço de reabilitação física (para os pacientes que precisam)?	
Utiliza algum controle para agendamento de consulta do paciente?			INVESTIGAÇÃO DOS CONTATOS	
Realiza busca de faltosos por visita domiciliar?			Realiza investigação dos contatos dos pacientes de hanseníase?	
Realiza avaliação do GI na cura do paciente de hanseníase?			Os contatos dos últimos 5 anos são investigados?	
Conhece os critérios para encaminhar os pacientes para a referência (reação hanseníca tipo 1 e tipo 2, suspeita de recidiva, efeitos adversos)? Quantos?			Utiliza o formulário para controle dos contatos?	
Oferece orientações quanto ao autocuidado do paciente de hanseníase?			Sabe os critérios para realização de BCG dos comunicantes?	

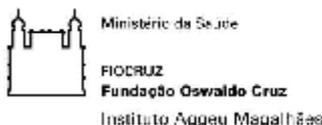
APÊNDICE B
QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA PARA COLETA DE DADOS -
ATENÇÃO BÁSICA (continuação)



Realiza BCG na Unidade (para os contatos de hanseníase)?				CONCEITOS OPERACIONAIS BÁSICOS	
Quanto contatos de hanseníase foram vacinados com BCG?				Cura	
EDUCAÇÃO EM SAÚDE/MOBILIZAÇÃO DA COMUNIDADE				Abandono	
Realiza atividades Coletivas na US sobre prevenção e controle da Hanseníase com que periodicidade?				Recidiva	
Realiza atividades em parcerias com escolas, igrejas, associações e outros equipamentos sociais da comunidade para realização de ações educativas de controle da Hanseníase com que periodicidade?				Transferência	
Realiza reuniões sobre Hanseníase da equipe de saúde com os ACS para a qualificação desses na abordagem das vistas domiciliares com que periodicidade?				Reações hansenícas	
RECURSOS				Efeitos adversos	
Existência de impressos/materiais pertinentes ao PCH	Situação		Material para autocuidado do paciente	Situação	
	SIM	NAO		SIM	NAO
Ficha de notificação/investigação de Hanseníase			Colírio lubrificante		
Livro de Registro e controle de tratamento dos casos de Hanseníase			Pedra pome ou lixa		
Ficha de avaliação neurológica simplificada			Oleo mineral ou hidratante de uréia		
Impresso de Controle de Contatos;			Disponibilidade de normas técnicas (manuais) sobre diagnóstico e vigilância da hanseníase		
Protocolo complementar de investigação diagnóstica de casos de hanseníase em menores de 15 anos			Portaria Ministerial 3.125/2010		
Ficha de referência e contrarreferência			Nota técnica Estadual 006/2011 - Rede secundária		
Outros insumos necessários para o PCH				Nota técnica Estadual 001/2012 - Rede Secundária	
Vacina BCG			Nota técnica Estadual 05/2012 - Rede Terciária		
CLIMA ORGANIZACIONAL					
Poliqimioterapia (esquema básico) para Hanseníase em tempo oportuno – dias:			As ações do PCH são importantes na rotina da atenção básica?		
Medicamentos para tratamento de reação hanseníca em tempo oportuno – dias:			As atividades do PCH dispõem muito tempo e desgaste dentre outras atividades?		
Kit para teste de sensibilidade			As ações acarretam os resultados esperados?		
Kit para teste de prevenção de incapacidade			Tem conhecimento das expectativas da gestão em relação ao processo de trabalho?		
			Tem acesso os recursos necessários para o desempenho de um bom trabalho?		
			Têm apoio para fazer um bom trabalho todos os dias?		
			Há treinamento voltado para o PCH no ano?		
			E ouvido pela gestão?		

APÊNDICE C

QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA PARA COLETA DE DADOS – GESTÃO



INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO DOS MUNICÍPIOS ENDEMICOS PARA HANSENIASE EM PERNAMBUCO					
Pesquisador:					
Data da Visita:					
Horário da Visita:					
Município:					
PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENIASE - GESTÃO					
RECURSOS HUMANOS	Situação		INFORMAÇÃO EM SAÚDE	Situação	
	SIM	NÃO		SIM	NÃO
Existência de um coordenador do Programa de Controle da Hanseníase (PCH)			Fluxo de envio de notificação de casos instituído e efetivo		
Existência de pelo menos 02 técnicos que trabalhem com ações do PCH (incluindo SINAN)			Alimentação do Sinan (envio/recebimento dos Boletins de Acompanhamento Mensal para as equipes de saúde)		
EQUIPAMENTOS			Acompanhamento da qualidade da informação/ preenchimento dos livros de Registros		
Software do SINAN funcionando adequadamente			Consolidação e análise dos dados mensalmente (duplicidade, completitude e inconsistências)		
Computadores com SINAN instalado			Publicação de um boletim epidemiológicos elaborado e divulgado apo ano		
Impressora funcionando adequadamente			ASSISTENCIA AOS PACIENTES		
Telefones disponível para comunicação do PCH			Existência de fluxo de entrega da medicação para as unidade de saúde		
Veículo existente voltado para as ações do PCH			Disponibilização de material de autocuidado para as US		
RECURSOS MATERIAIS			EDUCAÇÃO EM SAÚDE MOBILIZAÇÃO SOCIAL		
Disponibilidade de materiais e impressos para o desenvolvimento do PCH			Campanhas municipais para intensificação do diagnóstico precoce e educação em saúde uma vez ao ano		
Disponibilidade de portarias com normas técnicas sobre diagnóstico e vigilância da hanseníase			Multirões de detecção e atividades educativas com populações especiais (PPL; PVSR; Menores de 15 anos) uma vez ao ano		
Disponibilidade de Material educativo (folder, panfleto, cartaz, entre outros) sobre a hanseníase			EDUCAÇÃO CONTINUADA		
SERVIÇOS			Realização de capacitação pela SMS para as equipes de saúde um vez ao ano		
Disponibilidade de serviço de baciloscopia (Laboratório)			INDICADORES OPERACIONAIS NO MUNICÍPIO		
Existência de fluxo assistencial para referência secundária			% de cura entre os casos novos		
Existência de fluxo para serviço de reabilitação física			% de abandono		
PLANEJAMENTO E AÇÕES INTEGRADAS			% de contatos examinados entre os registrados		
Existência de planejamento anual das ações de controle da hanseníase			% de GI II na cura		
Existência de planejamento de atividades integradas com a AB			MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO		
Existência de atividades integradas com foco em populações especiais (PPL; PVSR; Menores de 15 anos)			Realização de visitas de monitoramento (supervisão) nas US, pelo menos 2 vezes ao ano em cada US		
Existência de atividades integradas com outros programas/setores			Pactuação e discussão dos indicadores com as ESF		
			Monitoramento e Avaliação das ações planejadas		

APENDICE D

INTRUMENTO BRASILEIRO PARA AVALIAÇÃO DA CULTURA ORGANIZACIONAL ADAPTADO

Instrumento Brasileiro para Avaliação da Cultura Organizacional – IBACO

1	2	3	4	5
Não se aplica de modo algum	Pouco se aplica	Aplica-se razoavelmente	Aplica-se bastante	Aplica-se totalmente

A seguir você encontrará uma série de afirmativas relacionadas às diferentes práticas que são comumente adotadas no dia-a-dia das Unidades de Saúde. Assinale o grau em que cada uma delas, em uma escala de 1 a 5, conforme mostrado acima. Sua resposta deve refletir o que de fato acontece e não a sua opinião ou grau de satisfação com o que ocorre. Responda, por favor, a todas as afirmativas, não deixando nenhuma em branco.

01.	A cooperação entre os profissionais da USF é mais valorizada que a competição	
02.	Os profissionais têm ampla liberdade de acesso aos coordenadores e aos gestores	
03.	A dedicação dos profissionais ao trabalho é recompensada	
04.	A competição é estimulada como forma de crescimento pessoal e fortalecimento de autonomia	
05.	O cumprimento das metas do PCH é uma preocupação constante	
06.	As ideias criativas dos profissionais são usadas na obtenção de melhores resultados relacionados ao PCH	
07.	Os profissionais têm uma noção clara dos principais objetivos do PCH	
08.	As iniciativas individuais dos profissionais são estimuladas	
09.	O bem-estar dos profissionais é visto como uma forma de garantir maior produção	
10.	O atendimento às necessidades do paciente é uma das metas mais importantes	
11.	As iniciativas individuais dos profissionais são valorizadas quando não contrariam os interesses da gestão	
12.	O crescimento profissional não costuma ser recompensado financeiramente.	
13.	As decisões mais importantes sobre o PCH são tomadas por meio de consenso de todos os Envolvidos	
14.	A competição dentro das regras de boa convivência é sempre estimulada	
15.	O espírito de colaboração é uma atitude considerada muito importante	
16.	As necessidades pessoais e o bem-estar dos profissionais constituem uma preocupação constante da gestão	
17.	Não há pessoas na gestão ou coordenação que possa servir de exemplo para os profissionais	
18.	Persegue-se a excelência na prestação de serviços para satisfazer aos pacientes	
19.	Os profissionais que apresentam ideias inovadoras costumam ser premiados	
20.	Investe-se no crescimento profissional dos funcionários da USF	
21.	O acompanhamento e atendimento das necessidades dos pacientes de hanseníase são feitos Constantemente	
22.	Os gerentes (coordenadores ou supervisores) têm autonomia apenas para tomar decisões Rotineiras relacionadas as suas áreas de atuação	
23.	A comunicação das decisões obedece à hierarquia de gestores existente no município	
24.	As decisões sobre o PCH surgem principalmente a partir da análise das necessidades do paciente de Hanseníase	
25.	Investe-se na satisfação dos funcionários da USF para que eles prestem um bom atendimento ao paciente	
26.	Mantém-se relações amigáveis com os pacientes	
27.	Manda quem pode, obedece quem tem juízo.	
28.	Prevalece um grande espírito de união entre os funcionários da USF	
29.	A falta de valorização profissional leva a perda de bons profissionais	
30.	Os chefes imediatos são como pais para os funcionários da USF	
31.	Os profissionais recebem treinamento para poderem desenvolver suas atividades sobre o PCH	
32.	Os profissionais são premiados quando apresentam um desempenho que se destaca dos demais	
33.	As mudanças no processo de trabalho costumam ser introduzidas por meio de treinamento Antecipado	
34.	As mudanças são planejadas para terem efeito em curto prazo	
35.	Procura-se manter uma atmosfera de segurança e estabilidade para deixar os funcionários da USF satisfeitos e confiantes.	
36.	É prática comum a comemoração dos aniversários na USF	
37.	O retorno sobre os investimentos realizados em relação ao PCH é uma	

APENDICE D
INTRUMENTO BRASILEIRO PARA AVALIAÇÃO DA CULTURA ORGANIZACIONAL ADAPTADO (Continuação)

18	✓ combaterão e lutar como indesejáveis a orientação de bons resultados	
19	✓ assegurar profissionalidade de todos	
20	Os gestores são admitidos pelos funcionários	
21	✓ combaterão e lutarão para mesmo que de forma não fácil, porque o objetivo que é a produtividade de resultados	
24	Existem normas que caracterizam o tipo de comportamento dos profissionais no processo de tomada de decisão	
25	Os profissionais que se comprometem com a missão e os ideais do BSH tornam-se modelo	
26	É muito difícil ser admitido dentro desta UDE	
27	Os profissionais continuam ser admitidos quando alcançam metas pré-estabelecidas	
28	O excesso de burocracia com o seu-cari é considerado como prejudicial ao processo de trabalho e sem sentido	
29	Os gestores que mostram e promovem importantes realizações são os melhores modelos do BSH	
30	As atividades dos profissionais são planejadas, mas sem ser o controle de coordenação	
31	Os profissionais que lutam se relacionam como se fossem uma grande família	
32	As mudanças continuam ser introduzidas por meio de programas de mudança	
33	Os funcionários com desempenho excepcionalmente baixo são demitidos	
34	profissional no cargo	
35	O crescimento profissional é considerado indesejável para gestão para melhorias do	
36	Os profissionais que "lutam e criam", são as figuras mais admiradas	
37	As ideias criativas dos funcionários são vistas em lugares como forma de trabalho mais	
38	✓ criatividade e não dos resultados físicos para o sucesso de todos os colaboradores em gestão	
39	Zombaria os bons profissionais recebem presentes que não fazem um melhor seu caso	
40	É necessário controlar bem melhor ordem no processo de trabalho UDE	
41	✓ atividades do trabalho executivo e coordenadas para que maiores níveis de produtividade	
42	✓ luta de resultados financeiros através a utilização do seu-cari dos profissionais	
43	comprometidos	
44	As profissionais que mostram criatividade e comprometimento são os que demonstram melhores profissionais e sem sentido	
45	Os profissionais que demonstram dedicação e espírito de comprometimento são os exemplos de	
46	Os profissionais que são admirados são os que "lutam e criam", que não geram	
47	As atividades de cargo são definidas por trabalho de desempenho	
48	✓ burocracia em alguns se diferenciação do dia-a-dia e lutar como de grande valor	
49	As relações entre profissionais e coordenadores em gestão são cordiais e amistosas	
50	✓ assegurar profissional e para demonstrar valores do trabalho e comprometimento dos profissionais	
51	Os funcionários dos profissionais continuam melhorar resultados dos clientes e gestão	
52	O profissionalismo dos funcionários é visto como uma grande virtude	
53	✓ atividades de execução para atividades de tarefas relacionadas ao BSH e experimentalmente utilizado	
54	O esforço e a dedicação no trabalho são atividades bastante apreciadas	
55	placete-se em um bom ambiente de trabalho com o objetivo de se garantir o seu-cari dos profissio	
56	As mudanças são em geral introduzidas para atender às necessidades da gestão	
57	Se cordial com os colegas e para que maiores níveis produtividade	
58	do BSH	
59	Os gestores (superiores/ coordenadores) têm autonomia para tomar decisões importantes relacion	
60	Não há medo para mudanças individuais	
61	As mudanças realizadas no funcionamento do BSH obedecem a um planejamento estratégico	
62	Os profissionais que são admirados são os que se esforçam e mostram vontade de aprender	
63	✓ criatividade não é reconhecida como valor em	
64	burocracia burocracia	

APENDICE E
PROJETO DE INTERVENÇÃO

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA
EIXO TEMÁTICO: GESTÃO E AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

MORGANA DE FREITAS CARACIOLO

PROJETO DE INTERVENÇÃO

Projeto de Intervenção vinculado à dissertação apresentada ao curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública

1 INTRODUÇÃO

Dadas as características herdadas pelo histórico do sistema de saúde no controle da hanseníase e aspectos próprios desta doença enquanto problema de saúde pública, a efetivação das ações de controle nas áreas endêmicas em Pernambuco, ainda se constitui um desafio. Os órgãos de saúde governamentais responsáveis pelo controle da doença no estado têm concentrado esforços no controle da detecção e assessoria técnica dirigida às regiões endêmicas. A prioridade tem sido o treinamento em serviço dos profissionais da rede de Atenção Básica à Saúde, a descentralização das ações do PCH e o envolvimento dos gestores e equipes municipais de saúde no processo (OLIVEIRA et al., 2015).

Na tentativa de contribuir para o alcance dos Objetivos do Milênio proposto pela OMS, que tem como escopo a eliminação das doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas com a pobreza, entre elas a hanseníase, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SESPE) lançou em 2011, o Programa de Enfrentamento às Doenças Negligenciadas (SANAR). Considerado pioneiro pelo Ministério da Saúde, Pernambuco foi o primeiro estado brasileiro a criar um programa voltado especificamente para o enfrentamento destas doenças (PERNAMBUCO, 2013).

O SANAR surgiu para contribuir com a redução ou eliminação, enquanto problema de saúde pública, das doenças transmissíveis negligenciadas como a hanseníase com indicadores insatisfatórios no estado. Nesse sentido, o programa propõe a implantação de ações estratégicas nos municípios considerados prioritários por meio de atividades que promovam o fortalecimento da vigilância e atenção básica, ampliação do diagnóstico laboratorial, melhoria do acesso ao tratamento e medicamentos, além das ações de educação em saúde e de mobilização social (PERNAMBUCO, 2013).

A estratégia de controle da hanseníase teve início a partir de 2012, em municípios que foram selecionados como prioritários de acordo com os indicadores operacionais pactuados e nível de endemicidade, sendo realizada no nível da atenção básica, especificamente nas Unidades de Saúde da Família (USF). O assessoramento técnico norteou esta estratégia e promoveu o desenvolvimento de um conjunto de atividades com vistas a reorientação da prática em serviço das ações de vigilância e controle da hanseníase na atenção básica dos municípios. No entanto, ao explorar o universo da avaliação de desempenho aplicada aos serviços públicos de saúde foi

possível identificar lacunas com relação a abordagem atualmente utilizada pelo SANAR frente ao monitoramento e avaliação das ações de controle da hanseníase (PERNAMBUCO, 2013).

O assessoramento técnico dos municípios prioritários é pautado pela tríade proposta por Donabedian: estrutura e processo que são marcados pela produção de serviços, para o alcance dos objetivos do PCH (resultados), todos conectados de forma linear (DONABEDIAN, 2003) e a contribuição desse estudo aponta para mudanças no sentido de se considerar as quatro funções do Modelo EGPYSS e suas ligações que revestem o caráter complexo da avaliação de desempenho, possibilitando os profissionais avaliarem mais amplamente outros intangíveis assuntos, que são os valores/cultura organizacional e a responsividade conforme adaptação e os alinhamentos ou equilíbrios (CHAMPAGNE *et al.*, 2011).

Ao considerar o potencial avaliativo do Modelo EGPYSS, modelo em qual a Matriz de desempenho foi pautada, a literatura aponta maior capacidade avaliativa, por assumir de maneira clara a concepção do que estaria em avaliação, incorporar uma relação de complementaridade entre as diferentes dimensões. Além disso, favorece a capacidade dos tomadores de decisão de fazer os ajustes necessários para o cumprimento das funções de um sistema de ação social. Isto ajuda os gestores a ampliar sua definição de desempenho e a se mover de monitoramento de funções através de medição para abraçar a avaliação e gestão de relações sociais e a dinâmica da sua organização dentro de uma realidade específica e de acordo com o contexto local (REIS *et al.*, 2017).

Assim sendo, como forma de contribuição juntamente ao processo de trabalho da SES-PE e, especificamente do SANAR, no enfrentamento da hanseníase, este projeto de intervenção visa propor a utilização da Matriz de Desempenho, produto desta dissertação, no monitoramento das ações do PCH pela Gestão Estadual juntamente aos 15 municípios endêmicos prioritários para ações de controle da hanseníase do estado de Pernambuco.

2 OBJETIVO GERAL

Propor a utilização da Matriz de Desempenho, produto desta dissertação, como instrumento do assessoramento técnico do SANAR SES-PE nos 15 municípios endêmicos prioritários para ações de controle da hanseníase em Pernambuco.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar reunião de apresentação da intervenção aos gestores do SANAR SES-PE;
- Realizar reunião de alinhamento para adaptação da Matriz de desempenho ao processo de trabalho do Assessoramento técnico do SANAR SES-PE;
- Acompanhar a aplicação de plano piloto da matriz de desempenho pelos profissionais responsáveis pelo assessoramento técnico do SANAR SES-PE em um município endêmico prioritário para hanseníase em Pernambuco.

3 MÉTODO

3.1 Cenário da Intervenção

A intervenção será realizada no âmbito da SES-PE, que foi a idealizadora do Programa SANAR em Pernambuco, programa este que é voltado especificamente para o monitoramento e avaliação da hanseníase a nível Estadual e atua juntamente aos 15 municípios endêmicos prioritários para as ações de controle da hanseníase no estado de Pernambuco por meio do Assessoramento Técnico.

3.2 Sujeitos da Intervenção

Serão os Gestores e técnicos de vigilância epidemiológica que trabalham com ações do PCH na SES-PE, e especificamente no Programa SANAR e que, portanto, possuem a responsabilidade de assessorar os 15 municípios considerados endêmicos para hanseníase no Estado de Pernambuco. De acordo, atualmente quem apresenta governabilidade, conhecimento técnico e poder decisório sobre as ações de controle da hanseníase em âmbito estadual são: Secretária Executiva de Vigilância em saúde, Diretor Geral de Controle de Doenças e Agravos, Superintendente do Programa Sanar e as Assessoras Técnicas do SANAR.

3.3 Estratégia

A proposta será apresentada inicialmente por meio de recurso áudio visual (projeção em *powerpoint*) em data agendada previamente conforme disponibilidade dos sujeitos. Esta primeira etapa se destina aos gestores e nesta ocasião, serão elencadas sugestões, críticas, opiniões e posicionamento dos mesmos frente a intervenção.

Após consenso e aprovação do grupo gestor, a próxima etapa consiste em reunião de alinhamento juntamente aos quatro profissionais que utilizarão o instrumento em campo, durante o assessoramento técnico do SANAR. A discussão será direcionada no sentido de adaptar o instrumento (matriz de desempenho) a realidade do processo de trabalho das assessoras técnicas e no sentido de validação

e aprovação do instrumento (matriz de desempenho) por quem aplicará o instrumento.

A terceira etapa consiste acompanhar a aplicação de um plano piloto utilizando o instrumento em um município endêmico prioritário de escolha da equipe SES-PE SANAR para que sejam traçadas as inconsistências, completitudes, dificuldades de operacionalização e potencialidades.

3.4 Resultados esperados

Espera-se a implementação do referido instrumento (matriz de desempenho) no processo de trabalho do Assessoramento Técnico do SANAR SES-PE com vistas ao processo de interlocução entre a produção acadêmica e as ações e serviços ofertados na prática pelo sistema de Saúde; entre formação acadêmica e exercício profissional que são aqui, neste estudo, compreendidos e considerados enquanto processo de unicidade entre os dois contextos.

A partir da implementação da matriz de desempenho, também é possível considerar mudanças na abordagem da avaliação tradicional que atualmente o Sanar utiliza para monitoramento e avaliação das ações nos municípios prioritários e que é pautado pelas três funções que se apresentam conectadas linearmente: estrutura e processo marcados pela produção de serviços, para o alcance dos objetivos do PCH (resultados). A mudança será direcionada no sentido das quatro funções do Modelo EGPYSS e suas ligações que complicam a avaliação de desempenho. Isto força os avaliadores a avaliar mais amplamente outros intangíveis assuntos, que são os valores/cultura organizacional e a responsividade conforme adaptação e os alinhamentos ou equilíbrios.

REFERÊNCIAS

- CHAMPAGNE F et al. **A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos.** In: Brousselle, A. et al (Org.). Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. P. 291.
- DONABEDIAN, A. **Evaluating the quality of medical care.** Milbank Memorial Foundation. New York, v. 44, n. 3, p. 166-206, 2003.
- OLIVEIRA, K. S. et al. Avaliação dos indicadores epidemiológicos e operacionais para a hanseníase em municípios prioritários no estado do Paraná, 2001 a 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v.24, n.3, p.507-516, 2015.
- PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. **Programa de enfrentamento das doenças negligenciadas no estado de Pernambuco – 2011/2014.** Recife: Secretaria Estadual de Saúde, 2013, p. 39.
- REIS, A. C. et al. Estudo exploratório dos modelos de avaliação de desempenho em saúde: uma apreciação da capacidade avaliativa. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, p. 330-344, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe/0103-1104-sdeb-41-nspe-0330.pdf>. Acesso em 28 de jan. 2018

ANEXO A
CARTA DE ANUÊNCIA DO MUNICÍPIO DE OLINDA-PE



CARTA DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA EM SAÚDE

Olinda, 05 de Outubro de 2017.

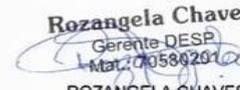
A Secretaria de Saúde do Município de Olinda, considerando solicitação da pesquisadora **Morgana de Freitas Caraciolo**, a desenvolver seu projeto de pesquisa intitulado “**Avaliação de Desempenho do Programa da Hanseníase em dois Municípios Endêmicos do Estado de Pernambuco**” que esta sob a coordenação/orientação da Profa. **Sydia Rosana de Araújo Oliveira**, e Coorientação da Profa. **Louisiana Regadas de Macedo Quinino**. Esta autorização está condicionada ao cumprimento das pesquisadoras aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização em prejuízos das pessoas e/ou das comunidades. Resolve autorizar esta carta condicionada à aprovação do referido projeto no Comitê de Ética em Pesquisa, devendo o/a pesquisador/ora assumir o compromisso com esta Instituição de enviar cópia do parecer de aprovação do Comitê de Ética, bem como apresentar o relatório final da pesquisa, ao mesmo tempo em que solicita apoio dos Profissionais e Gestores para êxito da pesquisa.


EUD JOHNSON DE LIMA CORDEIRO
Secretário de Saúde


Deisiany Carla de Carvalho
Coordenadora Mun. de Tuberculose
e Hanseníase - Mat. 68.807-0
Sec. de Saúde de Olinda

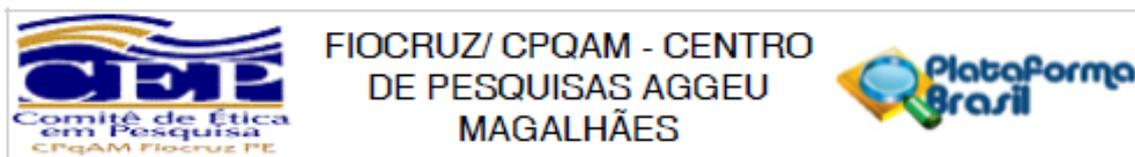
DEISIANY CARVALHO
Coordenadora das Políticas de Tuberculose e Hanseníase


Emilia Gonzalez
Secretária Executiva de Gestão em Saúde
Mat.: 70.045-2
Secretaria de Saúde de Olinda
EMÍLIA GONZALEZ
Secretária Executiva em Gestão e Saúde


Rozangela Chaves
Gerente-DESP
Mat.: 70580201
ROZANGELA CHAVES
Gerente de Educação em Saúde e Pesquisa

Rua do Sol, nº 311 - Carmo—Olinda/PE-CEP 53.120-010 Telefone: 81-3305-1104.

ANEXO B
PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Titulo da Pesquisa: AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DO PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE EM 02 MUNICÍPIOS ENDÊMICOS DE PERNAMBUCO

Pesquisador: MORGANA DE FREITAS CARACIOLO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 86325518.7.0000.5190

Instituição Proponente: FIOCRUZ - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.648.543

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa com mérito científico e importante para avaliação do PROGRAMA DE CONTROLE DA HANSENÍASE em Pernambuco.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o desempenho do Programa de Controle da hanseníase em dois municípios endêmicos no estado de Pernambuco.

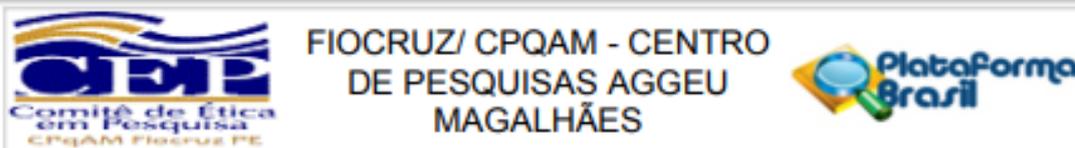
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Quanto aos riscos e desconfortos o estudo pode ocasionar possíveis constrangimentos na resposta ao questionário da coleta de dados, mas poderá ser minimizado esclarecendo que o usuário pode interromper a qualquer momento ou não participar da pesquisa. Visto que se trata da coleta de informações juntamente aos profissionais envolvidos, estes, participarão da pesquisa após esclarecimentos e assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº		
Bairro: Cidade Universitária		CEP: 50.670-420
UF: PE	Município: RECIFE	
Telefone: (81)2101-2639	Fax: (81)2101-2639	E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br

ANEXO B
PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
(Continuação)



Continuação do Parecer: 2.648.543

Outros	Carta_resposta_pendencias.docx	26/04/2018 10:04:55	CARACIOLO	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_assinada.pdf	26/04/2018 09:59:18	MORGANA DE FREITAS CARACIOLO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetodissertacaofinal.pdf	26/04/2018 09:57:55	MORGANA DE FREITAS CARACIOLO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	26/04/2018 09:40:41	MORGANA DE FREITAS CARACIOLO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	20180309085708172.pdf	09/03/2018 10:56:01	MORGANA DE FREITAS CARACIOLO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 10 de Maio de 2018

Assinado por:
Janaina Campos de Miranda
(Coordenador)

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br

